

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I
U.E.R. FACULTE DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE

ANNEE 1980

N° 184

A propos d'un séjour d'une semaine
au domicile d'un patient psychotique

THESE

présentée à

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 19 Mai 1980

pour obtenir

le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

par

STOLERU Serge

né le 2 Juin 1952

à LYON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I
U.E.R. FACULTE DE MEDECINE ORAUX CLASSE

ANNEE 1980

A propos d'un séjour d'une semaine
au domicile d'un patient psychotique

THESE

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenu publiquement le 19 Mai 1980

le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

STOLERU Serge

et le 2 Juin 1981

A LYON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I
U.E.R. FACULTE DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE

ANNEE 1980 N°

A propos d'un séjour d'une semaine
au domicile d'un patient psychotique

THESE

présentée à

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 19 Mai 1980

pour obtenir

le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

par

STOLERU Serge

né le 2 Juin 1952

à LYON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I
FACULTE DE MEDECINE GRAND-BLANCHE

ANNÉE 1952

A propos d'un séjour d'une semaine
au domicile d'un patient psychotique

THESE

présentée à

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

et soutenue publiquement le 17 Mai 1952

par

le Docteur en Médecine

par

STOLIERU Serge

né le 2 Juin 1923

à LYON



Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice-Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. E. OUDIN

Troisième vice-Président : Mle A. ECHALON

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITÉ

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Professeur P. ZECH

ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX

LYON-SUD : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND

LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur Y. MINAIRE (M.C.A.)

Directeur Honoraire : M. Le Professeur BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : M. Le Docteur J.P. REVILLARD (M.C.A.)

TECHNIQUE DE RÉADAPTATION : Directeur : M. Le Professeur A. MORGON

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur M. Le Professeur C.A. BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur M. Professeur P. PARRET

INSTITUT REGIONAL D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'U.E.R. M. Le Docteur J.J. COMTET (M.C.A.)

Directeur : M. A. MILLON

MATHÉMATIQUES : Directeur M. Le Professeur P. PICARD

PHYSIQUE : Directeur M. Le Professeur DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur Mme A. VARAGNAT

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur M. Le Professeur Y. LEMOIGNE

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur Mle Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur M. A. VILLE (Maître de conférence)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
(Directeur ENSAM)

PHYSIQUE NUCLÉAIRE : Directeur M. Le Professeur GUSAKOW

MÉCANIQUE : Directeur Mle Le Professeur G. COMTE-BELLOT

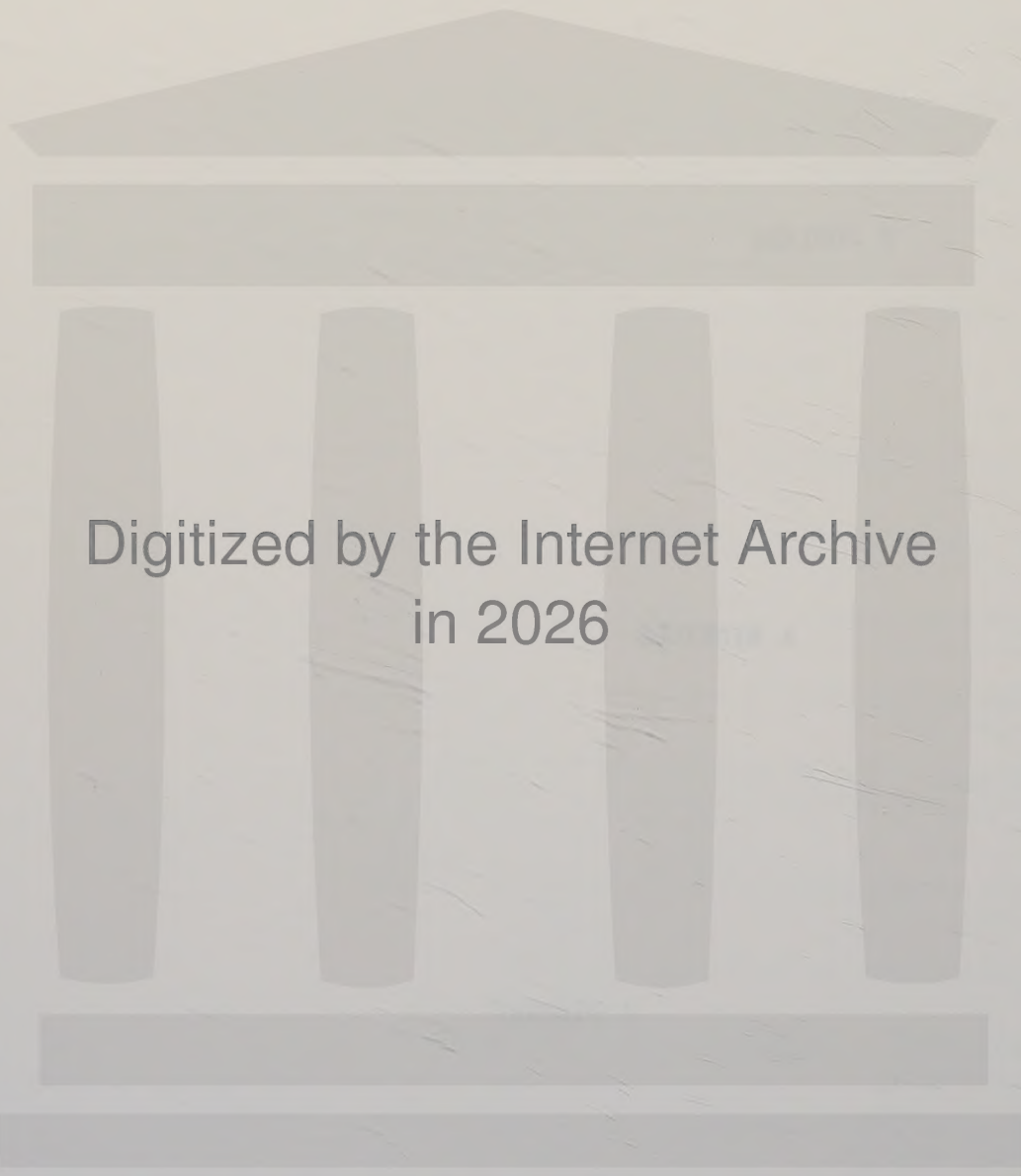
OBSERVATOIRE : Directeur M. G. MONNET (Astronome adjoint)

A MON PERE ET MA MERE

A JOSIANE

A MIREILLE

A RICHARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554204_0010

Composition du Jury

M. Le Professeur J. GUYOTAT

M. Le Professeur M. HERMIER

M. Le Docteur J. VEDRINNE M.C.A.

M. Le Professeur J. PELLET

A notre Président de Thèse, Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a transmis : nous en mesurons toujours davantage la portée.

A Monsieur le Professeur M. HERMIER

Nous avons eu la chance de pouvoir apprendre son approche de l'enfant malade, comme une totalité somatique et psycho-affective. Qu'il soit remercié d'avoir accepté de participer à notre jury.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter d'être notre Juge.

A Monsieur le Professeur J. PELLET

Nous avons eu la chance et le plaisir d'être son élève depuis le début de notre travail en Psychiatrie.

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir tant contribué au développement de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre estime.

A L'EQUIPE DU SERVICE

DU PROFESSEUR AGREGE J. PELLET

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE : SEJOUR D'UNE SEMAINE AU DOMICILE D'UN PATIENT</u>	
<u>PSYCHOTIQUE</u> :	2
I Présentation du cas et de sa famille	2
II Les conditions du séjour	2
III Résultats de ce séjour	2 à 4
1. Résultats aux plans diagnostique et analytique.	5 et 6
2. Dynamique et interrelations familiales	7 à 12
3. Intégration de l'observateur dans le système des interrelations familiales	12 à 15
4. Vécu de l'observateur	16 et 17
5. Illustration clinique	18 et 19
6. Processus d'identification et de contre identification projectives	19 à 21
IV Conclusions de la première partie	21
<u>DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION ET ELABORATION THEORIQUE</u> :	22
I Questions méthodologiques	22
1. Travaux analogues	22
2. La présence de l'observateur induit-elle une distorsion des relations familiales susceptible d'invalider les résultats de l'observation ? ..	23 et 24
3. Le rôle de l'argent	24
4. Références théoriques du travail d'observation et d'interprétation au cours de ce séjour	24 à 26

II Les précurseurs infantiles de la relation	
en face-à-face	27 et 28
1. Données recueillies par l'observation directe .	28 et 29
2. Hypothèses sur la fonction du regard mutuel ...	29 à 31

III A propos du regard et du strabisme chez la mère	
du patient	32

1. Le matériel tiré des entretiens et du séjour ..	32 à 36
2. Strabisme et Peinture, Strabisme et Littérature	36 à 42
3. Etude expérimentale	42 et 43
4. Faits cliniques	43 à 45
5. Discussion	45 et 46

<u>CONCLUSIONS</u>	47
--------------------------	----

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	48 à 52
----------------------------	---------

INTRODUCTION

Ce travail part de l'expérience d'un séjour prolongé, d'une semaine, au domicile et dans la famille d'un patient psychotique. Il s'agit donc, initialement, de l'étude d'un cas, perçu à travers une expérience vécue particulière.

Cette expérience, je dois au Professeur Agrégé J. Pellet, dans le service duquel je travaillais alors comme interne, d'en avoir accueilli l'idée avec ouverture et de m'avoir encouragé à la mener. Qu'il en soit remercié.

A la suite de l'exposé de cette expérience, le lecteur trouvera une réflexion sur le thème du Regard mutuel. Il peut paraître surprenant de trouver liées des réflexions portant sur des matières si éloignées : une étude se rattachant à la Thérapie Familiale et une étude sur la relation par le Regard. Or, en fait, je ne tiens nullement à voir ce travail considéré comme relevant de la Thérapie Familiale. Il en a peut-être certaines caractéristiques, mais il me paraît relativement d'un autre ordre, sous d'autres aspects, que les travaux de Thérapie Familiale proprement dite. En effet, mon travail a pour référence fondamentale le Sens et il est profondément attaché aux perspectives de la Psychologie individuelle et de la Psychanalyse.

Or, c'est précisément en utilisant le point de vue analytique que j'ai appréhendé la situation clinique de cette expérience comme situation reproduisant un maternage primaire. Et c'est de l'étude de ce maternage primaire, réactivé pour le patient par cette expérience, que j'ai tiré mes réflexions sur le Regard. Plus spécifiquement, le strabisme de la mère du patient joue ici un rôle-clé, car il concrétise et manifeste clairement l'importance prise, dans ce cas, par le Regard et sa fonction relationnelle.

Dans une première partie, je détaillerai donc l'expérience proprement dite.

Dans une deuxième partie, je discuterai ce type d'approche clinique. Des travaux analogues ont été réalisés à l'étranger et je les rapporterai.

Je m'attacherai ensuite à étudier le Regard mutuel : après un rappel des travaux de Psychologie Génétique portant sur ce sujet, j'envisagerai la relation entre le patient et sa mère dans cette même perspective.

PREMIERE PARTIE

SEJOUR D'UNE SEMAINE AU DOMICILE D'UN PATIENT PSYCHOTIQUE

I - PRESENTATION DU CAS ET DE SA FAMILLE

Le patient, D., est âgé de 21 ans et présente une très grave psychose dissociative. D. a perdu le sentiment de son identité ; son angoisse est majeure, parfois exacerbée de manière effroyable, avec un sentiment de chaos et de confusion mentale, hallucinations auditives persécutatoires, vécu de morcellement. Des tentatives thérapeutiques, y compris une psychothérapie d'inspiration analytique, ont échoué. Un traitement neuroleptique, poursuivi pendant la durée de l'expérience rapportée, est peu efficace.

Dans le foyer vivent sa mère, Melle P., âgée de 56 ans et K., le concubin de cette dernière, âgé de 47 ans. Le concubin est marocain. La mère est française, née de parents italiens. Ni l'un ni l'autre n'ont d'antécédents psychiatriques avérés. Un frère âgé de 26 ans a quitté, il y a quelques semaines le foyer. Il est lui-même atteint d'une grave psychose dissociative. Il a été soigné par moi-même en milieu hospitalier puis a fait un séjour en maison de repos, où il se trouvait encore pendant l'expérience que je rapporte.

Une soeur, âgée de 23 ans, ne vit pas dans le foyer. D'après les renseignements donnés par la mère, elle serait exempte de troubles psychiatriques.

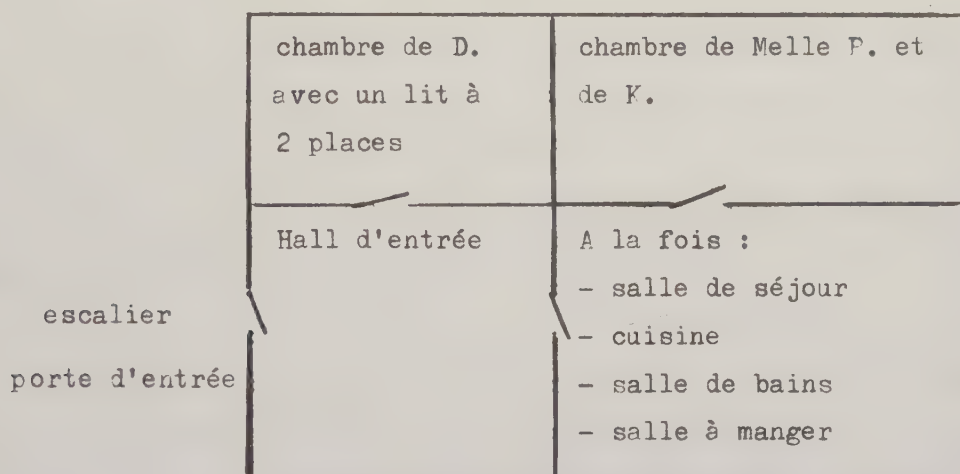
La mère a eu un premier concubin, qui est le père réel (biologique) de mon patient ; ce père, algérien, est retourné en Algérie il y a une quinzaine d'années et y est mort. Ainsi pendant deux ans, Melle P. et ses enfants ont vécu sans figure paternelle à la maison.

II - LES CONDITIONS DE SEJOUR

Une fois prise la décision de tenter un séjour d'une semaine dans ce foyer, je m'y suis rendu sept jours consécutifs pour des visites de 45 minutes afin de préparer le moment où j'annoncerai à cette famille ma proposition de séjour à domicile. Cette préparation m'était apparue nécessaire car j'étais allé relativement rarement dans ce foyer (10 visites à domicile) avant de tenter ce séjour.

J'ai fait ma proposition à la quatrième visite. J'ai immédiatement précisé que je payerais ma pension et j'ai suggéré une somme de 250 F. Le premier jour, la proposition a été reçue avec enthousiasme par le patient et sa mère, par un "pourquoi pas ?" par le concubin. Le lendemain, après qu'ils aient eu le temps de réfléchir, ils ont confirmé leur acceptation.

L'appartement avait le plan suivant :



J'ai dormi dans le hall d'entrée sur un lit de camp que j'avais moi-même amené. J' y ai dormi six nuits.

Je suis resté autant qu'il m'était possible dans la famille, tout en étant contraint, par mes obligations professionnelles, à m'absenter parfois quelques heures.

Je suis resté :

Lundi.....	1 h
Mardi.....	5 h 30
Mercredi.....	24 h
Jeudi.....	19 h 30
Vendredi.....	18 h
Samedi.....	21 h
Dimanche.....	24 h

TOTAL 113 h

J'ai donc vécu 2/3 de cette semaine dans cette famille.

Les périodes d'absence étaient concentrées sur les deux premiers jours, alors que pendant les cinq derniers jours, je suis resté 90 % de mon temps dans la famille.

J'ai donc partagé leurs repas. J'ai dormi et rêvé dans leur foyer.

Une grande partie du temps se passait autour de la table de la salle de séjour : D. me parlait de ses troubles, me racontait des histoires ou des anecdotes tirées de son passé. Lorsqu'elle était présente, Melle P. participait à l'entretien. Il y avait presque en permanence un fond sonore dû à la radio ou au tourne-disques ; le comportement des deux chats fournissait parfois matière à discussion.

Une autre partie du séjour, beaucoup plus courte, s'est passée à l'extérieur : visite d'un supermarché avec D., trois promenades à la campagne (l'une avec D., les deux autres avec D., sa mère et un ami de la famille), visite à une Assistante sociale.

Dans ces différentes circonstances, je conservais une attitude analytique, en ce sens que j'écoutais, sans intervenir activement dans les processus familiaux ; il ne s'agissait pas, bien entendu, de l'attitude de "neutralité bienveillante" ; simplement, j'écoutais en m'absentant de tout jugement, et en ne donnant pas d'informations sur ma vie privée. Parfois, j'interprétais quelques séquences à D., dans le cas où j'étais resté longtemps avec lui, sans autre membre de la famille.

Pour terminer cette période de présence intensive, j'ai continué à rendre visite à ce patient quotidiennement pendant environ une semaine. Ensuite, j'ai jugé qu'il était indiqué de continuer le traitement en l'hospitalisant. Cette décision de l'hospitaliser ne venait pas d'une aggravation clinique, mais simplement de ce qu'il restait beaucoup de travail pour le soigner et que ce travail paraissait plus réalisable à l'hôpital que dans la famille.

III - RESULTATS DE CE SEJOUR

1) Résultats aux plans diagnostique et analytique

J'ai pu connaître ce patient d'une manière accélérée. Plus particulièrement, ce séjour a permis de comprendre intuitivement ce patient, par exemple de mieux apprendre à lire sur son visage ses affects, à sentir rapidement son état d'angoisse ou d'humeur.

J'ai révisé mon diagnostic initial : il s'agissait pour moi d'un schizophrène. Le séjour a permis de constater qu'il s'agissait, certes, d'une psychose dissociative, mais cette dissociation avait perturbé toute l'évolution psycho-affective et intellectuelle et provoqué une psychose infantile. C'était ce patient, arrivé à l'âge de 21 ans, qu'il m'était donné de soigner. Il ne s'agissait pas d'un schizophrène, plus ou moins rapidement entré dans la schizophrénie, après une période d'enfance considérée comme normale.

Surtout, j'ai le sentiment, après ce séjour, d'avoir une vue globale de ce patient, alors qu'auparavant elle était partielle, suspendue à des segments d'entretiens hospitaliers, sans référence à son cadre de vie, artificiels. A cette vue morcelée et dissociée que D. a de lui-même et donne de lui-même, il a fallu remédier en allant reconstituer sur le terrain cette image complète. A l'aide de cette vision plus globale de sa personnalité, je peux à présent mieux déceler et mieux apprécier ses mouvements de dissociation.

En effet, lors des entretiens à l'hôpital, D. me présentait des parties de son monde interne, dissociées les unes des autres : un jour, il me considérait comme le Diable ; un autre jour, j'étais le Bon Dieu ; le plus souvent, des idées et affects complètement dissociés étaient exprimés à quelques minutes d'intervalle : ainsi, à tel moment, ma décision de le maintenir hospitalisé était considérée comme une injustice et une méchanceté ; quelques instants plus tard, ou plus tôt, il considérait que l'hospitalisation lui permettait de guérir.

Ainsi, avant le séjour dans la famille, sa pensée incohérente était très difficile à suivre et rendait confuse ma propre pensée. Mes associations d'idées étaient elles-mêmes morcelées par sa pensée dissociée et dissociante. En effet, à tel moment, "j'hébergeais" telle partie de D. projetée en moi, l'instant d'après, c'était une autre partie, mais les liens entre ces fragments n'existaient pas plus pour moi que pour D.

Or, le séjour dans la famille m'a permis de me représenter une image de D. qui rassemble et juxtapose ces différents morceaux et parties. L'image obtenue n'est pas celle de fragments désormais intégrés et dynamiquement liés. Elle

ressemble plutôt à des morceaux juxtaposés et contigus ; elle s'apparente plus, pour reprendre une comparaison classique, à un cristal fendu de toutes parts mais formant encore un tout qu'à un cristal éclaté en morceaux éparpillés.

C'est la continuité temporelle de ma présence avec lui qui m'a permis de reconstituer la continuité spatiale de ma représentation de ce patient. C'est le fil temporel continu de ma présence dans sa famille qui a été le lien entre tous ces morceaux et fragments de sa personnalité.

Au contraire, les intervalles de temps qui séparaient les visites à domicile ou les entretiens à l'hôpital étaient au service du processus de dissociation et facilitaient la séparation des différents fragments et parties de D.

Désormais, lorsque ce patient se présente à moi comme, par exemple, absolument reconnaissant et gratifié, il ne peut plus rencontrer en moi l'image de ce fragment à l'état dissocié ; dissocié de ses désirs de mort et de ses angoisses paranoïdes. Je suis devenu un contenant de ses diverses parties. Je suis en mesure de ré-introduire dans notre échange des fragments manquants, de les juxtaposer à ceux qu'il me présente et de lui montrer cette juxtaposition. En renvoyant à ce patient une image plus complète de lui-même, ne sera-t-il pas aidé dans son mouvement d'intégration de sa personnalité ?.

Ainsi, si sa pensée reste dissociée, elle est devenue considérablement moins dissociante pour moi. Ce séjour m'a permis d'échapper au processus de morcellement et de dissociation que D. imposait à ma propre pensée. Je peux désormais m'éprouver moi-même comme cohérent et entier, et me présenter à lui comme personne cohérente et entière.

En d'autres termes, la situation thérapeutique reproduisait la situation primitive où la mère, dans les conditions favorables, joue le rôle d'un miroir vis-à-vis de son nourrisson, processus normal qui permet à l'enfant de s'éprouver progressivement comme une personne et favorise les processus d'individuation - séparation (1), (2), (3).

Ici, c'était dans la situation thérapeutique que se rejouaient ces phénomènes, et en ce sens, cette situation, malgré son caractère artificiel, tirait un fondement solide de son enracinement dans des processus normaux et communs au développement de chacun.

2) Dynamique et inter-relations familiales

Melle P. est une femme de 56 ans, petite et menue. Elle présente un strabisme convergent très prononcé. C'est elle qui assure au moment du séjour les revenus de la famille en étant employée comme femme de ménage. K. lui extorque régulièrement sa paye. Elle est extrêmement attachée à paraître normale et bienséante, hyper-respectueuse de mon identité médicale et des convenances sociales. Elle est de même très attachée à son statut, on pourrait dire à son titre, de mère de famille.

K., vigoureux homme de 47 ans, travaillait auparavant comme camionneur, mais cessa d'avoir une activité professionnelle stable à la suite d'un accident de la circulation. Il a fait une carrière militaire prolongée qui lui a donné l'occasion de beaucoup voyager ; il a combattu en Indochine.

Il est doué d'un caractère impérieux. Son aptitude à nouer des contacts est bonne. Il paraît avoir eu une vie sexuelle normale. Il semble avoir réussi à vaincre bien des difficultés psychologiques liées à la transplantation, et notamment la dépression.

Cependant, récemment, il a tenu un café avec un associé et doit faire face au moment de ce séjour à des ennuis avec la Police liés à des incidents survenus dans ce café. Ces inquiétudes l'amènent à des épisodes éthyliques à type d'ivresse aigue à caractère réactionnel. Il semble donc s'agir d'une personnalité à traits psychopathiques.

Enfin, il a appris au Maroc des pratiques magiques et estime être un marabout.

Les deux parents manifestent un stupéfiant déni de la réalité et de la gravité des troubles de D. Contrairement à de nombreuses familles de schizo-phrènes où les parents se lamentent à propos de l'état de leur enfant, ici les troubles de D. sont pratiquement acceptés. Il est vrai que les symptômes de D. ne sont pas aussi gênants que ceux de certains schizophrènes : peu d'agressivité, peu de négativisme notamment. "C'est un drôle de z'oiseau, celui-là", dit K., opinion partagée par Melle P.

a) 1er triangle perversi

Les inter-relations familiales s'ordonnent essentiellement autour d'un triangle perversi. J. Haley (4), cité par J. Hochmann (5), définit ainsi les caractéristiques du triangle perversi (perverse triangle) :

"- les personnes qui interréagissent dans le triangle ne sont pas toutes trois de pairs. L'une d'elles appartient à une autre génération. Par génération, nous entendons une différence dans la hiérarchie des pouvoirs, telle qu'entre un père et son enfant, un employeur et son employé ;

- en cours d'échange, une personne d'une génération se coalise avec une personne d'une autre génération contre le pair de cette dernière. Par "coalition", nous entendons une action conjointe dont le but est de contrer un tiers (par opposition à une alliance qui peut rassembler deux individus autour d'un objectif commun sans aucun rapport avec un troisième) ;

- la coalition entre ces deux personnes est niée. Ainsi, certaines attitudes indiquent l'existence d'une coalition, mais celle-ci sera niée en tant que coalition si elle est mise en cause...

Le triangle perversi est essentiellement une situation où deux générations cherchent à fusionner en cachette."

Dans cette famille, la coalition rassemble D. et sa mère, opposés à K. le concubin. Melle P. et son fils forment un bloc ; K. est seul face à ce bloc.

Ainsi, très souvent D. et sa mère se sont plaints à moi de la brutalité ou de la méchanceté de K. Au cours d'une promenade, par exemple, alors que K. est resté à la maison, D. et sa mère me confient leur espoir qu'un jour ils seront débarrassés de K. et qu'ils seront heureux tous les deux, ou tous les trois (avec J., l'aîné de D.). Quel bonheur s'ils pouvaient être débarrassés de K., cet homme qui prend la paye de Melle P., la pension d'invalidité de D., et qui boit ! "Maintenant, docteur", me dit Melle P., "je ne me sens plus en sécurité avec lui. On ne sait pas ce qui peut arriver quand il a bu...".

Il apparaît progressivement que Melle P. et D. vivent continuellement hantés par leur terreur de K.

K. a conscience, sinon de la coalition, du moins du caractère symbiotique de la coalition de D. et sa mère. Il ne donne à aucun moment l'impression qu'il souffre de cette situation et paraît magistralement au-dessus de ce couple qu'il considère comme faible. Malgré la coalition de Melle P. et de D., K. est le maître absolu dans la maison et dirige aussi bien D. que Melle P. Sa domination de caïd concerne tous les aspects de la vie domestique : le chauffage, la manière de s'occuper des chats, la cuisine, etc... Ni Melle P. ni D. ne peuvent prendre d'initiative et vivent comme paralysés. Cette attitude de K. vient compenser et sur-compenser le rabaissement qui tient à ce que c'est Melle P. (et, à un moindre degré D., par sa pension), et non lui, qui alimente les finances de la maison.

K. apparaît donc comme seul face à ce couple mère-fils ; il ne paraît pas tenir à renverser le système des coalitions. Il apparaît, de ce fait, comme vivant dans le foyer, mais presque hors de la famille, comme "corps étranger". Mais ce corps étranger a un rôle despotique et organisateur.

b) comparaison avec le triangle oedipien classique

Le triangle classique du père et de la mère face à l'enfant a certes une existence fonctionnelle, mais considérablement réduite. En particulier, la relation entre K. et Melle P. est telle que l'observateur ne peut s'imaginer de relations amoureuses entre eux. En revanche, cette relation autorise ou renforce les fantasmes de scène primitive sadique ou de viol. La situation réelle est telle qu'elle autorise D. à se sentir non pas l'agresseur de parents unis dans leur coït, mais au contraire le tampon qui amortit le choc entre K. et sa mère, celui qui sauve sa mère de l'assassinat par K. Ainsi, la situation réelle rend-elle possible l'évacuation dans K. de l'agressivité liée à ses fantasmes de scène primitive.

L'attitude de Melle P. à l'égard de K. est telle que, pour D., K. ne peut pas apparaître comme celui qui, pour reprendre la formulation de Jacques Lacan, "est inscrit dans le Désir de la mère". Ceci, à l'évidence, renforce l'union D.-Melle P. en l'enrichissant d'une coloration sexuelle.

En ce point, il est nécessaire d'abandonner le point de vue synchronique, et de considérer ce qui a pu advenir du développement oedipien de D. En effet, K. ne fait son entrée dans la famille que lorsque D. est âgé de 5 ans. Deux ans auparavant, le père biologique, B., était présent. Nous n'avons que peu d'informations fiables concernant la relation de Melle P. et de B. Aujourd'hui,

B. apparaît comme totalement idéalisé, bon, religieux, contrastant avec le mauvais K. ; mais il se peut que cette idéalisation masque une autre réalité. Pourquoi Melle P. n'a-t-elle pas suivi B. en Algérie quand celui-ci le lui a demandé ? Pourquoi B. et Melle P. ne se sont-ils pas mariés ?.

Malgré le peu d'informations disponibles, nous pouvons supposer que, dès cette époque, la triangulation classique ne s'était pas établie, du moins solidement.

L'absence du père dans le Désir de Melle P. n'est pas d'ailleurs simplement physique, mais surtout symbolique : D. porte donc le nom de la mère. De plus, n'est-il pas révélateur que ce fut J. (le fils aîné) qui fit connaître K. à Melle P. et l'introduisit dans la famille ? Le garçonnet qui avait beaucoup souffert du départ de son père, s'était fait de K. un substitut paternel et avait voulu lui-même l'introduire dans la famille.

Si nous considérons à présent le Désir de K., nous voyons, réciproquement, qu'il ne se tourne pas vers Melle P., mais vers des femmes de l'extérieur, son Désir revêtant ainsi la forme qu'aurait dû prendre le Désir de D. "Des femmes, j'en ai à la pelle !" dit K. Par exemple, il en a introduit dans le café qu'il tenait, et même jusque dans le domicile.

Au total, la structure fondamentale de cette famille ne ressemble pas, en apparence, à la structure classique de la famille de schizophrène avec une mère prégnante et toute-puissante et un père effacé (6). Mais, du point de vue dynamique, la structure de cette famille est équivalente à la structure classique, car on y retrouve l'absence du Père en tant qu'objet du Désir de la Mère ; on n'y trouve pas non plus un modèle d'identification paternelle représenté par un Père dont l'objet du Désir est la Mère. Ici, l'objet du Désir du Père est représenté par des femmes extérieures à la famille. Le modèle d'identification paternelle "court-circuité" donc l'objet maternel incestueux ; on pourrait dans ces conditions, se demander si, à l'instar de K., D. n'aurait pas pu se tourner vers des femmes extérieures à la famille. Mais, la place du père, laissée vacante, est occupée par D. dans une relation à la mère où la génitalité, nous le verrons, tient une place difficile à apprécier au milieu d'une symbiose extrêmement primitive. De plus, la situation est telle qu'une rivalité oedipienne ne peut s'élaborer par rapport à K.

K. essaie parfois d'encourager D. à aborder les femmes et à se dégager de sa symbiose avec sa mère.

Qu'en est-il de cette relation symbiotique ? Dans cette relation, tous deux s'emploient à exclure tout accès, serait-il cognitif, de D. à la génitalité. Melle P. : "D. ne comprend pas bien tout ça, il est trop jeune" (21 ans). D. reprend comme un écho : "c'est vrai, je suis jeune, moi". Melle P. lui coupe parfois sa viande ; il arrive qu'elle le coiffe, achevant de l'infantiliser. La tolérance de Melle P. aux troubles de son fils est frappante. Melle P. se sert de D. comme d'un objet partiel. Réciproquement, D. a une dépendance psychique extrême vis-à-vis de sa mère, et vit comme enfermé dans le ventre, les désirs et les pensées de sa mère.

Le cas de D. soulève donc le problème d'une relation pathologiquement prolongée d'attachement, de dépendance et de symbiose. Pendant ce séjour, D. n'a pratiquement jamais présenté d'attitude marquant une tendance à la séparation de l'individuation. Réciproquement, je n'ai jamais vu Melle P. considérer l'éventualité d'une séparation d'avec D. Le désir qu'elle m'exprime, c'est que je l'aide à s'installer dans un appartement, séparée de K., et entourée de ses deux fils.

c) 2e triangle pervers

Malgré son caractère prévalent, la situation triangulaire perversie dont il est question ci-dessus laisse parfois place à d'autres configurations. L'une d'elles est particulièrement importante : il s'agit d'un autre triangle pervers dans lequel D. et K. forment une coalition contre Melle P.

Ainsi, particulièrement en une occasion, D. a exprimé à sa mère une haine extrême : "Tu m'as mis dans le malheur ! Tu es une pute !". Ce reproche amer est de ne pas avoir suivi B., avec ses enfants, quand il s'en est allé en Algérie. Lors de cette scène, K. soutient D. C'est précisément la menace de K. de mettre D. et sa mère à la porte qui a déclenché la scène. Elle reproduisait une situation analogue à celle du départ de B. Cette nouvelle situation triangulaire permet de révéler l'immense agressivité de D. pour sa mère, masquée par la relation symbiotique.

Parfois, la coalition de D. avec K. revêt une autre signification : D. se met du côté de K. contre sa mère pour éviter les conflits avec K. qui se produiraient s'il prenait le parti de sa mère. Ici, donc il s'agit de ne pas exciter l'agressivité de K. et de mettre en oeuvre un mécanisme de défense préventif contre l'angoisse qu'elle déclencherait.

Le deuxième triangle perversi paraît en rapport avec la très intense homosexualité de D. Celui-ci me dit, par exemple, que K. le traite, en arabe, "de pédé". Mais ici également, cette homosexualité ne s'intègre pas dans une situation oedipienne inversée où D. entrerait en rivalité avec Melle P.

d) les deux enfants absents

Enfin je voudrais évoquer les deux enfants absents du domicile lors du séjour.

Le discours tenu à propos du frère aîné, J., montre que celui-ci a été capable d'entrer en conflit avec K. et sa mère et d'échapper ainsi à la symbiose avec cette dernière. Malgré la gravité de sa psychose, elle n'est pas aussi sévère que celle de D. Melle P. souhaite "le reprendre" chez elle, alors que, âgé de 26 ans, il paraît enfin prendre une certaine autonomie. Melle P. ne comprend pas que J. ait eu le désir de quitter le foyer familial.

Malheureusement, nous n'avons pu observer l'interaction des deux frères psychotiques, dont je sais par ailleurs le rôle très important qu'elle tient dans le psychisme de D.

Le conflit de la soeur, M., avec la mère est encore plus accusé que dans le cas de J. Elle a pratiquement coupé toute relation avec sa famille. Elle paraît avoir échappé à la psychose.

Dans cette famille, plus un enfant a réussi à entrer en conflit avec sa mère, plus il a échappé à la symbiose, et plus il a édifié de sauvegardes contre sa destruction psychique.

3) Intégration de l'observateur dans le système des inter-relations familiales

Mon entrée dans la famille a eu des répercussions sur son homéostasie.

a) Répercussion sur le triangle perversi fondamental

Si nous reprenons le triangle perversi formé par Melle P. et D. opposés à K., nous observons que Melle P. et D. cherchent à me faire entrer dans leur coalition contre K. Ils voudraient que je les aide à trouver un appartement pour échapper à K. Ils voudraient que je protège leur couple contre K., que je sois policier et juge. Cependant, paradoxalement, ma présence a un autre effet sur le couple mère-fils.

b) Ma présence ébranle et ouvre la relation symbiotique entre D. et sa mère

Non qu'il s'instaure une triangulation classique au sein de laquelle je jouerais le rôle d'un substitut paternel. Mais je deviens pour D. un objet d'amour homosexuel. Je suis saisi comme capable de désirer sexuellement sa mère. Ce que D. perçoit de moi, c'est le reflet de la projection de ses désirs homosexuels (pour moi) et hétérosexuels (pour sa mère). Mais je n'ai jamais ressenti de sa part une véritable rivalité oedipienne avec moi pour la possession de sa mère. Je n'ai jamais non plus ressenti une séduction active de la part de sa mère.

Ce triangle oedipien est donc comme morcelé et ouvert, réduit à certaines de ses lignes de force, mais non organisé.

Mais surtout, c'est en tant que substitut maternel que je menace la symbiose mère-fils. Cette fonction maternelle se manifeste en particulier dans le rôle de protection contre l'angoisse que je joue pour D. Je suis capable par ma présence d'apaiser les angoisses de D., angoisses bien souvent liées à mes quelques périodes d'absence, alors que Melle P. ne peut les calmer. La dynamique séparation-retour est en effet rejouée entre D. et moi.

Ma fonction maternelle se joue également au niveau de mon empathie pour D. La mère dit "Le Docteur, il te comprend mieux que moi". D. dit à la mère : "Toi, tu ne me comprends pas ; le Docteur, lui, il comprend". Bien qu'une telle situation laisse prévoir une grande rivalité de la part de la mère à mon égard, celle-ci n'éclate pas au grand jour. Probablement se défend-elle vigoureusement contre ce sentiment et contre l'angoisse de voir menacée sa symbiose avec son fils. (D'ailleurs, ces défenses apparurent clairement plus tard quand D. fut hospitalisé). Il est clair que le thérapeute doit prendre conscience de la situation de rivalité que la mère peut vivre. Il peut ainsi ne pas agir cette rivalité, et garder son rôle d'observateur. S'il ne contrôle pas son propre vécu, - ce qui est d'ailleurs une tâche ardue, considérablement facilitée par des tiers -, le risque est grand de voir la situation se dégrader et l'entreprise échouer.

c) Ma relation avec D. Incidence sur l'instauration d'un transfert

Cette question a déjà été considérée dans le paragraphe précédent. Je voudrais maintenant rassembler les différentes manières dont j'ai été saisi par D.

Ce séjour a permis à D. de nouer une relation profonde et solide avec moi.

Je n'ai ressenti pratiquement jamais que ma présence quasi constante envahissait dangereusement ce patient ; c'est au contraire mes quelques périodes d'absence qui envahissaient D. de sentiments de destruction.

Ma présence a été vécue comme très gratifiante. D. parle de cette période avec nostalgie. Il a dit un jour, reparlant de cette période, que je le "veillais". Ma présence continue lui a permis de s'attacher à moi, de devenir dépendant de moi, enfin de vérifier ma disponibilité. Le type de relation que D. établissait avec sa mère semble bien s'être en partie joué avec moi : par exemple, le dynamique de la séparation et du retour s'est reproduite à mon endroit.

Il serait inexact, donc, de prétendre avoir été saisi uniquement comme "bonne mère". Chacune de mes absences réveillait ses images de "mauvaise mère" qui l'abandonnait ou l'empoisonnait.

En une occasion cruciale, j'ai pu vérifier l'intensité de cet attachement et constaté combien il allait être utile au traitement. Le jour était arrivé où, conformément à notre décision commune, il devait venir à l'hôpital pour un séjour de plusieurs mois. A ce moment-là, D. ne voulut plus en entendre parler, se sentit attaqué par ses parents et moi, comme si nous nous étions ligüés pour le chasser de chez lui et l'envoyer à l'hôpital psychiatrique. Mais lorsque D. comprit que je ne pourrais plus venir le voir autant qu'avant, il cessa de crier et pleurer, et se mit au contraire à implorer son hospitalisation.

Une telle séquence, décisive pour la suite de son traitement, a été rendue possible par l'attachement et la confiance autorisés par le séjour. C'est une des raisons qui ont rendu potentiellement thérapeutique ce séjour à domicile.

En induisant cet attachement à la faveur de cette présence intensive au domicile familial, j'ai pu obtenir que D. reproduise sur moi-même une partie de l'attachement et de la relation symbiotique à sa mère. Or, c'est peut-être en réduisant progressivement l'immense attachement de D. à sa mère réelle et en rendant possible un transfert sur moi de cette relation, puis en obtenant une dé-fusion progressive d'avec moi-même, qu'il sera possible de faire de D. une personne et de lui rendre son corps (cf. les travaux sur la symbiose thérapeutique in (2)).

Au total, l'attachement de D. à moi est utile de deux manières : 1) d'une manière "externe", c'est-à-dire comme condition de possibilité d'un séjour et d'une thérapie analytique à l'hôpital ; 2) de manière "interne" comme amorce d'un

transfert psychotique sur moi-même, là-encore condition d'un progrès possible.

Je n'ai pas été uniquement perçu comme lieu de projection de fantasmes concernant la mère : à d'autres moments, j'ai été saisi dans une relation paternelle et notamment associé à B., père mort et idéalisé. "Je vous aime autant que j'aimais mon père". Saisi comme père, j'ai été le lieu de projection de fantasmes homosexuels très puissants et angoissants pour D.

Enfin, j'ai occupé à certains moments, pour D. et Melle P., la place laissée vacante par J. "J'aimerais que le Docteur soit mon frère". Or, la relation entre D. et J. était faite d'identifications projectives réciproques, chacun des deux patients étant habité par l'idée qu'il était devenu son frère.

d) Relation avec K.

K. cherche, depuis sa position de chef solitaire, à faire de moi "son copain" et à m'emmener loin du couple malade. Il me parle de sa vie militaire, ses voyages, sa vie de garçon, qui continue d'une certaine manière, et utilise ma présence pour établir entre nous la relation de deux célibataires.

D'ailleurs, ne sommes-nous pas tous deux des soignants, lui en tant que Marabout, doué de pouvoirs magiques, à ses yeux infiniment supérieurs aux miens, moi en tant que médecin occidental ? Cependant, cette situation le place en position de rivalité, puisqu'à présent c'est à mon tour de soigner D., ses méthodes s'étant avérées impuissantes. La remarque précédente, concernant le risque d'acting-out de la rivalité avec la mère, vaut également dans la relation avec K.

K. adopte à mon égard une attitude respectueuse, hospitalière (mais jamais obséquieuse). Il tient à ce que je mange abondamment les plats qu'il a préparés. D'après D. et sa mère, K. "se tient tranquille" actuellement en raison de ma présence. Il est très probable que ma présence a agi comme limite de l'expression de son agressivité et de sa tendance à s'énivrer.

Au total, les attitudes de K. à mon égard s'apparentent à celles qu'il a montrées vis-à-vis de B., relation ambivalente faite de respect, mais également de rivalité et de désir de domination.

4) Vécu du thérapeute

Ce séjour permet au thérapeute une investigation de ses réactions inconscientes face à un patient psychotique et dans le monde psychotique d'un patient. J'ai pu recueillir et analyser, notamment, mes propres rêves pendant la période du séjour. Ce séjour permet d'apprécier sa propre capacité ou son incapacité à entrer en relation avec le monde de la Psychose. Je reviendrai plus tard sur les aspects psychodynamiques de ce sujet, notamment sur mon attitude mentale vis-à-vis de D. ; je voudrais maintenant m'attacher à des aspects plus descriptifs.

a) fantasmes d'engloutissement dans la famille

Aller dans le monde du patient, c'était aussi laisser le monde de D. pénétrer mon expérience. L'immersion dans cette famille déclenchait en moi le fantasme d'être envahi par la psychose de D., c'est-à-dire d'un engloutissement dans la symbiose psychotique.

C'est ici qu'intervient la présence de tiers : le Chef de Service, le service hospitalier, l'analyste personnel.

Le Chef de service et le service jouèrent une fonction-clé dans la mesure où ils constituèrent une sauvegarde contre ces fantasmes. Cette sauvegarde n'était pas seulement externe, mais également intériorisée sous la forme de mon identité médicale et de mon statut de médecin hospitalier que je portais en moi, et ceci non seulement à mes yeux, mais encore aux yeux de tous les membres de cette famille.

Et alors que la psychose de D. se manifestait tant par la perte de toute identité, j'avais, quant à moi, une identité médicale structurante qui définissait d'avance mon rôle. J'étais, pour reprendre l'expression de Whittaker (7), dans —, mais non de — la famille.

Le tiers hospitalier était d'ailleurs concrétisé par des objets apportés au domicile : un lit de camp (appartenant à une infirmière), un sac de couchage prêté par un collègue. En réalité, j'ai utilisé, en plus, au bout de quelques nuits, la couverture que me proposaient K. et Melle P. mais avec réticence : j'avais le sentiment que cette couverture était sale (allait me contaminer) ; je ne voulais pas les priver d'une couverture.

La sauvegarde était également constituée par ma psychanalyse personnelle. Cet espace analytique me permettait de conserver dans cette famille un autre espace, où vivre, parler et penser, et ceci à la fois de manière externe et intériorisée. Cette psychanalyse personnelle permettait aussi d'élaborer effectivement les réactions au sein de cette famille et de mieux supporter les tensions.

La qualité et la quantité de mon sommeil furent normales, à l'exception de la première nuit où je ne pus m'endormir avant quelques heures d'attente.

Un autre aspect de mon vécu fut la profonde sensation de fatigue éprouvée le dernier jour et le désir que cette expérience prenne fin.

b) vécu de mes relations avec les membres de la famille

D'une part, j'ai projeté sur cette famille les personnes de ma propre famille, K. étant identifié à mon père, Melle P. à ma mère, D. à moi-même. En conséquence, j'ai éprouvé à leur égard des sentiments qui se rapportaient à mes objets originels.

D'autre part, la situation spécifique et réelle était telle que ma réponse affective ne pouvait se limiter à une pure projection de ma famille d'origine.

Dans cette famille, j'éprouvais l'atmosphère comme souvent détendue, assez rarement explosive. Melle P. m'apparaissait comme une mère incompétente et destructive dont j'avais à réparer les dégâts. Il était donc fondamental d'élaborer cet aspect de mes réactions, pour ne pas le dramatiser dans la situation de travail. En réalité, j'avais beaucoup de difficulté à me forger des représentations sur elle et à entrer véritablement en relation avec elle. Je la ressentais comme insaisissable, cachée derrière un écran de "normalité" et de convenances.

Je vivais K. comme un père despotique et brutal et je comprenais comment D. en était venu à sa terreur de K. Je comprenais les fantasmes paranoïdes de D. à l'aide de mes propres fantasmes d'empoisonnement par le thé de K. Il est vrai que K. se présentait lui même comme un marabout, un magicien. Comme D., je ressentais le désir d'apaiser K., et de me le concilier.

Inversement, K. éveillait en moi une certaine sympathie par son hospitalité, son désir de communiquer, son envie de faire de moi son camarade.

5) Illustration clinique

Voici un extrait du matériel clinique qui permet d'illustrer la vie concrète et le style des communications de la famille, ainsi que la manière dont le thérapeute est intégré. Ce qui est présenté ci-dessous a lieu le cinquième jour du séjour. Le matériel clinique apparaît souvent incohérent, discontinu et difficile à suivre, portant la marque de la désorganisation psychotique.

Vers cinq heures du matin, je suis réveillé par Melle P. que j'entends grommeler dans la cuisine : elle parle toute seule, se plaignant de ce que K. l'a réveillée trop tôt pour qu'elle aille à son travail. Je l'entends dire qu'elle ne "veut pas aller travailler ce matin", qu'"elle a mal au ventre". Néanmoins, elle finit par partir à son travail, bon gré, mal gré.

Melle P. apparaît ce matin-là comme très misérable, supportant très mal l'exploitation que K. fait de son travail. Pourtant elle a trop peur de K. et de son employeur pour manquer ce matin-là son travail.

Pendant le déjeuner, K. m'entretient de ses connaissances et de ses pouvoirs magiques : ainsi il prétend connaître le moyen - et il me propose ce moyen - de devenir invisible. Il me propose également un bracelet métallique qui protège contre les maladies. Enfin, il critique à mots couverts les médicaments utilisés pour traiter D. Il est clair ici que K. cherche à montrer sa puissance de guérisseur et à s'imposer à moi en tant que thérapeute de D., représentant de la médecine occidentale. Il exprime peut-être également son ambivalence quant à ma présence dans le foyer.

Plus tard au cours du repas, K. se met brutalement en colère contre Melle P. ; il prétend que celle-ci lui aurait adressé, à la dérobée, une grimace tandis qu'elle coupait une pomme. K. envoie Melle P. faire la vaisselle, après lui avoir reproché de ne pas s'être occupée de débarrasser la table. Ce dernier reproche paraît paradoxal quand on sait la paralysie qu'impose K. à Melle P., qui ne peut prendre aucune initiative. Melle P. éclate en sanglots. D. y est sensible et a le courage de se lever pour aller consoler et aider sa mère. En cette occasion, D. soutient sa mère au cours du conflit qui l'oppose à K. Le plus souvent, au contraire, il préfère se mettre du côté de K. pour éviter de rentrer en conflit avec lui.

L'après-midi j'accompagne D., sa mère et B., un ami de la famille, qui, à l'initiative de D., ont décidé de partir en promenade. Pendant cette promenade, Melle P. et D. se plaignent à plusieurs reprises de K. : il a pris à D. sa pension, à Melle P. sa paye. Ils ne supportent plus, me disent-ils, la présence de K. D. renchérit, ajoute que, lorsqu'il "sera grand", il se battra avec K., Melle P. et D. voudraient constituer une coalition avec moi dirigée contre K. Melle P. m'explique qu'actuellement "K. se tient tranquille, car il respecte les docteurs !".

A mesure que je les entends parler, je mesure à quel point K. exerce une véritable terreur sur D. et sur Melle P. Ils pensent à lui sans cesse. Par exemple, quand B. s'absente et tarde à revenir, Melle P. devient angoissée : "Que va dire K. si nous revenons sans son copain B. ?".

6) Processus d'identification et de contre-identification projectives

Mon idée et ma décision de passer une semaine chez D. procèdent, de ma part, d'un mouvement de contre-identification projective à l'égard de D.

Je me réfère ici au sens donné au terme identification projective par M. Klein (8) et au terme contre-identification projective de Grinberg (9). Avec l'identification projective, il s'agit de la capacité fantasmatique de pénétrer, soit comme objet total, soit sous forme de fragments, dans la tête, l'esprit, ou dans la peau, bref dans l'Etre d'un autre, et de faire devenir cet autre sujet quelqu'un de différent, porteur de parties qui appartiennent à la réalité psychique du sujet initial ; simultanément, ce dernier se perd, au moins transitoirement, lui-même. Le vécu de cette expérience peut-être, au maximum, tel que le sujet pense réellement être devenu l'autre. Ce n'est pas le mode introjectif ou projectif de l'identification qui importe ici ; plus important me paraît le fait que, à la suite de ce mécanisme, le sujet peut vivre une identification si puissante qu'il pense être devenu l'autre et avoir perdu son self de départ. On pourrait donc parler ici de "trans-identification". De tels sujets ont d'ailleurs peuplé les asiles et en ont constitué des images d'Epinal.

Ces phénomènes se manifestèrent en pleine lumière "Docteur, je prends votre tête ; et je vous donne la mienne" ; de telles formulations apparurent bien avant qu'il soit question de mon séjour à domicile.

Il existe des mouvements de contre-identification projective du thérapeute, déclenchés par les identifications projectives du patient.

Ces contre-identifications projectives du thérapeute demandent à être contrôlées, pour qu'elles n'interviennent qu'en tant que stimulant de l'empathie du thérapeute. La contre-identification projective n'est pas en elle-même dangereuse ou menaçante, c'est l'intentionnalité qui la sous-tend qui importe. Elle peut se faire sur le mode de l'empathie. Le "Dictionnaire français de Médecine et de Biologie" donne la définition suivante du terme empathie : "empathie ou intropathie : identification à autrui au point d'éprouver ses sentiments ". (10).

Une fois suscité par D., le mouvement de contre-identification projective fut renforcé par l'expérience elle-même :

a) dans la mesure où je projetais les images de ma propre famille sur les personnes de la famille où je vivais, je prenais moi-même la place de fils de la famille, donc celle de D.

b) de plus, Melle P. et D. me faisaient prendre, dans leur fantasme, la place de l'autre fils psychotique, J., lui-même en interaction avec D. sur le mode de massives identifications projectives réciproques.

Cependant, il ne suffit pas de dire que le séjour chez D. participe d'un mouvement de contre-identification projective, ni même que cette contre-identification projective est liée à une volonté d'empathie vis-à-vis de D. car il ne s'agissait pas seulement au cours de ce séjour d'aller au devant de D. et de sa psychose, mais également d'aller au devant de sa propre "partie psychotique", réactivée par le contact avec D. Aller dans la maison de D., c'était aussi aller à la rencontre de sa propre Folie, mais à condition d'en démystifier les fascinations.

Car c'est au risque d'une fascination par la Folie que l'on est ici confronté. Et suivant Searles (11) dans sa description de l'effort pour rendre l'Autre fou, dans sa description des formations réactionnelles de certains analystes à l'encontre de leurs propres tendances à rendre l'Autre fou, ces formations réactionnelles s'exprimant dans leurs efforts thérapeutiques, je voudrais ici suggérer qu'une telle attitude - l'effort pour rendre l'Autre fou - ne s'exerce pas seulement à l'encontre du psychisme de l'Autre, mais encore à l'égard du sien propre - se rendre fou - et que cette tendance peut parfois représenter un avatar de la Pulsion de Mort. Dans mon expérience, l'effort de s'identifier

empathiquement à D. - se rendre fou - constituait pour moi, non pas tant l'expression d'une Pulsion de Mort, qu'une catharsis libératrice et finalement structurante (12).

Il est bien évident que, pour moi, l'ensemble de ces phénomènes peut se produire dans la mesure, et seulement dans la mesure où ils ont lieu dans un espace où leur expression symbolisée peut advenir afin qu'ils ne soient pas agis dans le travail concret qui, lui, doit rester dans la réalité du soin.

IV - CONCLUSIONS DE LA PREMIERE PARTIE

Un séjour prolongé d'un psychiatre dans la famille d'un patient psychotique est tout-à-fait possible techniquement.

Il a permis d'approfondir considérablement la connaissance du cas rapporté et de nouer une relation de manière solide, gage d'une thérapie ultérieure.

Pour la première fois en plusieurs années, il a été possible, après le séjour, d'hospitaliser plusieurs mois ce patient, alors qu'auparavant la terreur du malade, ses fugues, les interventions de la mère, le désespoir des thérapeutes avaient empêché une hospitalisation prolongée.

Enfin, ce séjour permet au psychiatre de constater sur lui-même les effets d'une rencontre avec le Monde de la Psychose et d'apprécier le niveau de sa capacité à l'assumer.

DEUXIEME PARTIE

DISCUSSION ET ELABORATION THEORIQUE

CHAPITRE I : QUESTIONS METHODOLOGIQUES

Avant de discuter le contenu de cette expérience, je voudrais dans un premier temps, discuter la méthode utilisée.

Je rappellerai d'abord que quelques auteurs ont également utilisé des séjours prolongés au domicile de leurs patients. Ensuite, j'envisagerai de discuter la méthode de ma propre expérience.

1 - TRAVAUX ANALOGUES

Le travail de J. Pellet (13), l'un des premiers travaux français de Psychiatrie Familiale, bien qu'il ne comporte pas de séjour prolongé d'un seul tenant au domicile des patients, est à citer en raison du caractère très extensif de certaines études de cas.

J. Henry (14 -15) a effectué des séjours d'une semaine dans la famille d'enfants psychotiques. Il adopte une orientation anthropologique et une technique qu'il appelle "observation naturaliste". Ainsi qu'il l'explique, "influencé par les biologistes behaviouristes modernes et les chercheurs en psychologie comparée, je me suis senti poussé à considérer la psychopathologie comme un échec de l'adaptation, comme une déviation au cours de l'évolution, pour ainsi dire, et pour cette raison, j'ai situé une partie de mes théories dans le cadre de l'évolution"(14).

Mon travail se situe dans une perspective et adopte un point de vue différents de ceux de Henry. En particulier, à la différence de Henry, je fais appel à la référence psychanalytique pour interpréter tant le matériel clinique que le contretransfert. Tandis que Henry, s'inspirant du point de vue behaviouriste, met l'accent sur ce qui est fait et directement observable, j'étudie un matériel psychologique en tant qu'il est porteur d'un sens. Enfin, utilisant les ressources de l'empathie, c'est en tirant parti de ma subjectivité que j'essaie de tendre vers une objectivité optimale.

Morgan (16) rapporte des séjours à domicile, de 2 ou 3 jours, effectués chez des schizophrènes, par des travailleurs sociaux. Cet auteur se réfère à des travaux de Psychiatrie Familiale et notamment à ceux qui sont consacrés à la "Milieu Therapy" (Artiss, 17).

Citons, également, le travail de Hell et Korpela (18).

2 - LA PRESENCE DU THERAPEUTE INDUIT-ELLE UNE DISTORSION DES RELATIONS FAMILIALES SUSCEPTIBLE D'INVALIDER LES RESULTATS DE L'OBSERVATION ?

Cette question a été longuement discutée par Henry (15), et je lui emprunte une partie de son argumentation.

Il serait inexact, bien entendu, de prétendre que ma présence n'a en rien modifié la vie de la famille. Je fais d'ailleurs état dans ce même travail de la manière dont j'ai été intégré dans la famille. Ainsi, le comportement de K., par exemple, était, selon Melle P., plus brutal en mon absence, et, toujours selon Melle P., K. se modérait en ma présence.

Cependant, de nombreux facteurs maintiennent stable la dynamique familiale. Henry note que chaque membre a un type d'interaction relativement fixe avec chacun des autres membres. C'est précisément cette fixité qui rend le changement thérapeutique si ardu.

A mesure que le temps s'écoule, les membres de la famille s'habituent à la présence de l'observateur, et il semble qu'avec le temps la dynamique familiale se rapproche progressivement de sa réalité authentique. Une telle évolution, vers l'exposition plus ouverte des conflits, s'observe aussi, de manière analogue, au cours des Thérapies Familiales proprement dites, de séance en séance.

Enfin, Henry note que : "Puisque le comportement émanant d'impulsions inconscientes ne peut pas être facilement contrôlé, souvent les membres d'une famille ne peuvent pas cacher des dimensions cruciales de leur comportement et de leurs sentiments pour la simple raison qu'ils n'en sont pas conscients. De plus, nous devons prendre en compte les impulsions conscientes qui, bien qu'on puisse penser qu'elles sont inacceptables socialement, ne sont pas cachées car elles sont trop violentes pour être contrôlées ". (Henry, 15). De ce dernier point, nous eûmes plusieurs exemples au cours de notre séjour. On peut

ainsi le noter dans "Dynamique et inter-relations familiales, 2e triangle perversi", où est mentionné un conflit entre D. et sa mère, au cours duquel D. insulte Melle P.

3 - LE ROLE DE L'ARGENT

On peut se demander s'il était préférable de payer sa pension, évitant ainsi que le séjour ne soit une charge financière pour la famille ; ou bien s'il était préférable que la famille rémunère le travail effectué à son domicile.

Dans ce cas précis, j'ai préféré payer une pension : 1) parce que ce projet était insolite et était un travail de recherche ; 2) parce que j'avais pris moi-même l'initiative de ce séjour, la famille n'ayant pas requis mon assistance ; 3) surtout, parce que cette famille n'avait jamais eu à payer un quelconque soin psychiatrique, ces soins étant pris en charge totalement par la Sécurité Sociale.

Je n'ai pas noté que le versement de cette pension ait nui à ce séjour.

La solution la moins mauvaise de cette question, celle qui correspond le plus à la réalité, serait de dissocier d'une part le paiement d'une pension, qui resterait due par le thérapeute pour régler notamment les frais liés à son alimentation, et d'autre part le paiement du travail à domicile qui pourrait valoir comme visite(s) à domicile et être dû par la famille, tout en restant pris en charge par la Sécurité Sociale. Ceci aurait en outre l'avantage de référer le séjour à domicile à un Tiers supplémentaire et de le relier au système extérieur de la Société.

4 - REFERENCES THEORIQUES DU TRAVAIL D'OBSERVATION ET D'INTERPRETATION AU COURS DE CE SEJOUR

Une telle situation clinique peut être envisagée entre autres perspectives : 1) d'un point de vue communicationnel en s'attachant au "pattern" des relations familiales ; 2) d'un point de vue comportementaliste, en s'en tenant aux phénomènes observables ; 3) d'un point de vue psychanalytique. Cependant, en ce qui concerne l'application de ce dernier point de vue, la prudence est recommandable :

la méthode implique, on le sait, la règle des associations libres, c'est-à-dire libérées dans un espace spécifique où les représentations se déploient et s'enchaînent les unes aux autres de manière signifiante et interprétable ; elle utilise un transfert du monde interne du patient dans l'espace analytique et sur le thérapeute. Dans la situation du séjour, les associations ne peuvent être considérées comme libres dans la mesure où elles sont liées aux comportements verbaux ou non-verbaux des membres de la famille ; il n'y a pas construction d'un espace analytique, mais déploiement d'un espace interactionnel ; enfin, on ne peut parler d'un véritable transfert dans la mesure où les affects et les représentations surviennent dans le hic et le nunc de la réalité familiale, en présence des membres réels de la famille.

Ceci signifie-t-il pour autant qu'aucune interprétation analytique du matériel ne peut être élaborée ; du moins pour soi-même et sans préjuger de son éventuelle communication au patient ? Je pense qu'il convient ici de se garder de tout académisme rigide, et de ne pas confondre rigueur et rigidité. On sait bien, par exemple que " La Psychopathologie de la vie quotidienne " utilise et analyse un matériel qui n'est pas recueilli en situation analytique. De plus, les situations concrètes rencontrées au cours d'un tel séjour sont variées. Ainsi, il y a de longs moments où le thérapeute et le patient s'entretiennent seuls, en dehors de la présence d'autres membres de la famille ; à de tels moments, le matériel est beaucoup plus facile à comprendre d'un point de vue analytique ; le matériel devient signifiant dans la relation avec D. Un exemple illustre ce point. A mon retour, après que je sois parti à l'Hôpital, je trouve D. angoissé car je suis revenu plus tard que ce que j'avais prévu. D. me dit qu'il avait faim. Il enchaîne sur le récit d'un incident : il avait, un jour, acheté un gâteau à son frère J. Après l'avoir mangé, J. en avait demandé un autre, D. ayant refusé, J. s'était mis en colère et avait cassé un carreau. Dans ce matériel, l'avidité frustrée du frère déclenche sa colère ; il paraît clair, vu la situation, et après que D. m'ait dit qu'il avait faim, que D. raconte ainsi une sorte de parabole où sa propre avidité frustrée est située dans le frère. Lui-même, à l'inverse, se donne dans ce récit une position confortable où il dispense les biens convoités. C'est l'une des rares occasions où j'ai communiqué à D. une interprétation de ce qu'il me disait, en lui disant que, peut-être, à travers cette histoire, il me parlait de ses désirs à lui et non de ceux de J., et de sa colère liée à mon retard. D. s'est exclamé en réponse : " J'aimerais que le Docteur soit mon frère ! ". Il paraissait très content de cette interprétation ; mais surtout, il la complétait et établissait

que non seulement il avait pris la place de celui qui dispensait les biens, mais il m'avait de plus attribué celle du demandeur dépendant et frustré, échangeant ainsi complètement les rôles.

En conclusion, au cours de ce séjour, plusieurs références théoriques étaient utilisables et ont été utilisées pour analyser des situations qui elles-mêmes étaient multiples et variées.

CHAPITRE II : LES PRECURSEURS INFANTILES DE LA RELATION EN FACE-A-FACE

"Tu n'as pas été sans remarquer, dit Socrate, que quand nous regardons l'oeil de quelqu'un qui est en face de nous, notre visage se réfléchit dans ce qu'on appelle la pupille, comme dans un miroir ; celui qui regarde y voit son image."

Platon, Premier Alcibiade

Cette expérience de séjour prolongé à domicile m'a amené à réfléchir à la relation en face-à-face et particulièrement à celle qui unit la mère et le nourrisson.

Le rapprochement entre cette situation relationnelle en face-à-face et l'immersion dans un complexe familial aux multiples intervenants peut paraître paradoxal, d'autant que, précisément, D. et moi quittons une situation d'entretien en face-à-face. Mais, pour comprendre la raison de ce rapprochement, il faut s'attacher, non pas tant aux circonstances apparentes de la situation clinique, qu'à la situation relationnelle et à la réalité psychique sous-jacente.

C'est précisément, en effet, au sein de sa famille que j'ai pu commencer à rassembler les fragments épars du discours du patient, et finalement rencontrer véritablement le patient en face-à-face. Ainsi, j'ai parlé plus haut de l'image plus complète de la personnalité de ce patient que j'ai pu construire à partir du séjour à domicile et évoqué la structuration possible pour D. de l'image de son corps à partir de cette expérience. J'ai rappelé le rôle de miroir joué par la mère face à son nourrisson. Ces phénomènes de miroir structurant ont-ils eu lieu dans la relation précoce entre D. et sa mère ? Avant d'entreprendre de répondre à cette question (cf Chapitre III), je voudrais, dans ce chapitre, analyser la portée de la relation de face-à-face et étudier ses précurseurs infantiles.

Je voudrais, dans un premier temps, rapporter les données recueillies par l'observation directe. Ensuite, dans un deuxième temps, j'envisagerai des hypothèses sur le rôle du regard mutuel dans la personnalisation du nourrisson et sa différenciation par rapport à sa mère.

1 - DONNEES RECUEILLIES PAR L'OBSERVATION

On trouve dans l'étude de K.S. Robson (19) de nombreuses observations "naturalistes" sur le regard mutuel. Wolff (20), cité par Robson, précise la date de début de ce comportement : pendant la quatrième semaine de la vie "... le bébé paraît maintenant diriger son regard sur les yeux de l'observateur comme s'il y avait un véritable regard mutuel ...". C'est au cours de la tétée que le regard mutuel a été particulièrement noté et décrit (21).

Il y a alors des périodes prolongées de regard mutuel mère-nourrisson. "Bien des mères racontent que dès que le regard mutuel s'est établi, il domine souvent la situation de tétée, de telle sorte que leurs nourrissons sont complètement distraits de la succion. C'est seulement beaucoup plus tard que la vue du sein ou du biberon déclenche l'excitation", note Robson à propos de nourrissons âgés de moins de 4 mois. Par la suite, entre 4 et 6 mois, le regard mutuel conserve son importance, bien que le nourrisson explore visuellement les autres caractéristiques du visage.

Les observations portant sur le regard mutuel ont montré des variations parmi les couples mère-nourrisson. "Certains nourrissons actifs sur le plan visuel s'engagent dans des tentatives vigoureuses pour rechercher les yeux de leur mère et quand le regard mutuel est établi, ils apparaissent totalement engagés dans ce contact visuel. D'autres nourrissons peuvent établir un contact visuel mais d'une certaine manière ne montrant jamais la "fascination" qui peut survenir pendant un tel échange. D'autres encore semblent éviter les yeux de leur mère".

Mais ces variations ne dépendent pas seulement du nourrisson mais également de la mère ; ainsi, "après plusieurs épisodes au cours desquels son nourrisson de 3 mois avait essayé de trouver son regard, une mère fit ce commentaire, comme pour expliquer et commenter le fait qu'elle avait détourné les yeux : "ses yeux sont comme des poignards" ".

Il semble donc qu'il n'existe pas un comportement-type de regard mutuel, défini par des critères étroits. Dès ce comportement ultra-précoce, il se produit ce que l'on observe plus tard pour d'autres comportements : il y a une variabilité entre certaines limites floues. Il y a en présence un nourrisson singulier et une mère singulière et leur confrontation ne peut produire qu'une interaction singulière quantitativement et qualitativement.

En effet, le regard mutuel est également caractérisé par son aspect qualitatif "... un observateur ressent un "climat émotionnel" qui apparaît spécifiquement dans l'expression du visage de la mère. On constate un éventail dans ce comportement : certaines mères gardent une expression caractérisée par sa fixité et sa platitude, d'autres un sourire figé et non convainquant, d'autres encore une physionomie très animée qui reflète la joie, la colère ou l'angoisse". (Robson, 19).

2 - HYPOTHESES SUR LA FONCTION DU REGARD MUTUEL

Je viens d'envisager certaines données relatives au regard mutuel telles que peut les recueillir un observateur extérieur. Cependant, du point de vue du nourrisson, la situation ne peut être que tout autre. C'est ce point de vue du nourrisson que je voudrais à présent envisager.

Winnicott (1) écrit : "Que voit le bébé quand il ou elle regarde le visage de sa mère ? Je suggère ici que, d'ordinaire, ce que le bébé voit est lui-même ou elle-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et l'image qu'elle donne d'elle-même est liée à ce qu'elle voit devant elle". Ainsi, "Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir est le visage de la mère" écrit Winnicott, qui indique lui-même l'influence du texte de J. Lacan (22) mais note aussi que ce-dernier ne conçoit pas de la même façon les relations entre le miroir et le visage de la mère.

Le terme miroir ne doit pas faire illusion : si le nourrisson voit bel et bien dans le visage de la mère sa propre image, cela ne signifie pas pour autant, bien au contraire, qu'il se différencie de sa mère et qu'il reconnaisse cette image comme la sienne propre ; en d'autres termes, s'il est vrai que que le visage et les yeux de la mère fonctionnent comme miroir, il reste que le nourrisson ne perçoit pas ce miroir en tant que tel. L'absence de différenciation d'avec sa mère suggère que l'image perçue l'est dans un vécu de continuité, d'inclusion réciproque, de fusion affective. A ceci, je rattacherai le symbolique de l'oeil comme matrice, utérus. (Iusseau,23).

Or, la situation évolue, et tandis qu'initialement nourrisson et mère semblent se confondre mentalement au cours du regard mutuel, on en arrive à une autre situation où les points de vue se rejoignent ; du point de vue du bébé, du point de vue de la mère, et du point de vue de l'observateur extérieur, il y a maintenant deux personnes face-à-face, qui se regardent mutuellement. Mère et enfant partagent désormais la même représentation de la situation, celle de deux êtres qui se regardent mutuellement. C'est pourquoi cette situation est si bien mise-en-scène par l'agencement du "stade du miroir", où mère et enfant contemplent tous deux la même image, celle de leur couple dans la glace. Désormais, il n'y a plus fusion, les lignes des regards ne se confondent plus, elles sont devenues parallèles et tournées dans la même direction.

Comment la situation fusionnelle initiale a-t-elle pu aboutir à cette deuxième situation ? Comment une transformation si révolutionnaire a-t-elle pu se dérouler ? C'est en ce point que pourrait prendre toute son efficacité le rôle de miroir du visage maternel. Selon cette hypothèse, le visage de la mère va servir à donner au nourrisson l'image de son Soi et à intégrer en un ensemble unifié les morceaux épars de son Soi primitivement morcelé (Kohut, 24). Le visage maternel va être le lien unique et entier où vont pouvoir s'intégrer en un même espace tous les états affectifs primitivement disjoints et clivés de la psyché du nourrisson. C'est en ce même lieu que se projetteront la haine et la destruction, l'exaltation, la jouissance béate, etc... Exprimé dans le langage de Bion, le visage maternel pourra représenter le contenant, je dirais aussi la condition de l'articulation des morceaux du Soi primitivement morcelé. L'observation directe des couples mère-nourrisson montre bien les changements qui affectent les visages de chacun en fonction des modifications survenant chez l'autre. Devant un nourrisson satisfait, la mimique de la mère sera détendue et joyeuse, devant un nourrisson en pleurs, elle sera soucieuse, inquiète, préoccupée. Il se produit ainsi une sorte de modulation permanente du visage de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le nourrisson, de telle sorte qu'elle tend à lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif.

Ainsi, le jeu de miroir est paradoxal car c'est précisément dans la mesure même où le visage-miroir de la mère fonctionne en renvoyant au nourrisson les "morceaux" de son Soi que la mère cesse d'être un miroir pour devenir un objet réel, externe, différent.

Il convient d'ajouter deux remarques : d'une part, le rôle de miroir n'est pas exclusivement joué par un objet appartenant aux représentations visuelles ; d'autre part, le miroir n'est ni absolument fidèle, ni absolument sensible.

Que le miroir n'appartienne pas exclusivement au monde visuel pourrait être éclairé par ces lignes de Winnicott (1) : "Le coup d'oeil au bébé et à l'enfant qui voient leur Soi dans le visage de leur mère, et ensuite dans un miroir, donne une manière de considérer l'analyse et la tâche psychothérapique. La psychothérapie, ce n'est pas faire des interprétations intelligentes et appropriées, c'est redonner, pendant une période prolongée, au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui reflète ce qui est à voir devant lui. "Je cite ce point, non pas en tant qu'il éclaire la tâche psychothérapique, mais parce qu'il montre : 1) le rôle intégrateur de cette relation ; 2) que le rôle de miroir n'est pas limité à l'aspect uniquement visuel de la relation mère-nourrisson. Ce qui est un jeu, et ce qui est le dénominateur commun à l'aspect visuel (le regard mutuel) et à l'interprétation analytique selon Winnicott, c'est que la mère (l'analyste) adresse à l'enfant (l'analysé) un message, un signifiant dans lequel le bébé (le patient) se perçoit progressivement comme un individu et reconnaît son image. P. Castoriadis-Aulagnier (25) montre d'ailleurs bien la fonction spéculaire du langage dans le développement de l'enfant.

En ce qui concerne la deuxième remarque, à savoir l'aspect éventuellement déformant du "miroir", il apparaît évident (P. Castoriadis-Aulagnier, op. cité) que ce "miroir" est en réalité un sujet désirant qui exprime et imprime au nourrisson l'image projetée de ses propres désirs. Car, le jeu de miroir est réciproque et la mère se mire, elle aussi, dans le miroir de l'enfant, lieu de projection de ses souhaits concernant l'avenir (S. Freud, Pour introduire le Narcissisme) (26).

CHAPITRE III : A PROPOS DU REGARD ET DU STRABISME CHEZ MADEMOISELLE P.

Que ce soit dans le discours de D. ou dans celui de J., l'interlocuteur était rapidement frappé par la répétition des préoccupations anxieuses concernant les yeux. Je n'ai pu manquer de rapprocher ces angoisses du regard très particulier de la mère, caractérisé par un strabisme convergent très marqué.

Après avoir considéré la relation en face-à-face de manière générale, je voudrais, en effet, m'attacher à envisager cette même relation dans le cas clinique rapporté ; je tenterai de répondre à la question suivante : quelle fut la situation de face-à-face entre D. et sa mère, au tout début et dans la suite de leur relation, et quelle conséquence ou quelle signification le strabisme eut-il dans cette relation ? Comme on le voit, il s'agit de tenter un travail de reconstruction, à partir de ce que j'ai observé et analysé dans la situation actuelle. Pour ce travail, nous allons utiliser : 1) avant tout, le matériel recueilli auprès du patient et de sa famille ; mais, j'aimerais d'autre part adjoindre au matériel de ce cas, ce que d'autres moyens d'investigation peuvent apprendre sur la signification du strabisme dans la relation en face-à-face : 2) les légendes et le folklore, ainsi que la Peinture qui portent témoignage de ce que les peuples ont signifié à partir du strabisme ; 3) les études expérimentales pertinentes vis-à-vis de ce sujet ; enfin 4) les faits cliniques pertinents. A partir de là, j'essaierai d'interpréter la signification du phénomène - strabisme en termes analytiques et communicationnels.

1) Le matériel tiré des entretiens et du séjour

a) D. et les yeux de sa mère

Comme je l'ai mentionné, le strabisme de Melle P., strabisme convergent très prononcé, s'était installé à la suite d'un traumatisme émotionnel : la rencontre avec un exhibitionniste alors qu'elle était une fillette. Ce type d'étiologie a été reconnu en ophtalmologie (27, 28).

Installé au cours de l'enfance de Melle P., il était donc présent dès la naissance de D. A la suite d'une thérapeutique non précisée, ce strabisme avait cédé, mais était réapparu, selon Melle P., après que K. lui avait donné un coup de poing dans la figure. Melle P. m'avait d'abord induit en erreur, prétendant que le strabisme s'était installé pour la première fois quand D. avait 5 ans ; ultérieurement elle se montra étonnée quand je lui rappelai cette affirmation, et confirma avec précision l'ancienneté de son strabisme. En tout cas, cet incident ne fait qu'accentuer la charge émotionnelle liée à ce strabisme.

D. me parla très souvent de ses yeux et de ceux de sa mère : 1) "On peut rendre fou quelqu'un en le regardant dans les yeux" (24.1.1978) ; 2) "J'ai jeté ma tête, je l'ai donné à G., maintenant il est malade. [...] J. est une poubelle". Comme je lui rappelle alors ce qu'il a dit il y a quelques mois, à savoir que Melle P. n'était pas une mère mais unepoubelle, il me dit : "J'ai les yeux qui louchent ; comment faire, Docteur, pour ne plus avoir les yeux qui louchent ?" (27.1.1978); 3) "Quand je suis chez moi, j'ai les yeux malades, j'ai les yeux de ma mère. Je me suis moqué des yeux de ma mère qui louchent, alors quelque chose a tourné dans ma tête ; maintenant je louche" (31.1.1978).

A mon avis, il est possible de comprendre ces fragments de matériel, même isolés de leur contexte, en utilisant les notions d'envie et d'identification projective, d'introjection, et de dissociation. Je reviendrai plus loin sur l'identification projective ; elle consiste, on le sait, en ceci que le sujet projette à l'intérieur de l'autre des fragments de son Soi, bons ou mauvais ; l'autre est alors considéré comme porteur de ces parties. Le sujet va donc se trouver confronté, en présence de l'autre, avec des parties de son propre Soi (Klein, M., Notes on some schizoid mechanisms)(8). L'envie dirigée contre la mère est précisément à l'origine, chez le nourrisson, de puissants mouvements d'identification projective destinés à s'approprier et à contrôler les biens convoités de la mère. Or, la loucherie, -c'est l'hypothèse que nous soutiendrons- trahit dans le regard le sentiment de l'envie. Je pense, à partir de là, que, quand D. dit de sa mère qu'elle est une poubelle, il exprime qu'elle est le lieu où il projette ses rebuts, c'est-à-dire ses parties séparées de lui par clivage (Split-off-parts) qui haïssent sa mère, ses sentiments d'envie à l'égard de sa mère. En butte, dès lors, à subir des représailles de la part de sa mère, il perçoit le regard de sa mère comme envie de la mère à son égard, mère qui, elle aussi, pense-t-il, va l'utiliser, lui, comme poubelle, et lui donner ses yeux malades et envieux. La peur de ce type d'introjection, par intrusion dans le Soi, est la conséquence de l'identification projective (M. Klein,

Quand D. dit qu'on peut rendre fou quelqu'un en le regardant dans les yeux, il manifeste combien le regard de sa mère est dissociant et confondant pour lui.

On peut formuler plusieurs hypothèses pour expliquer ce sentiment d'être rendu fou : en particulier, on se rappelle l'article de Searles (11) selon lequel la mère peut être réellement porteuse du désir de rendre son enfant fou.

Une autre hypothèse est de considérer que ce désir est celui de D. à l'égard de sa mère et que sa peur de sa mère résulte de sa crainte de subir des représailles de sa part. On peut aussi se demander si, quelle que soit l'hypothèse retenue, la dyade Melle P.-D. n'a pas fonctionné de toute manière d'une façon stable sur le mode suivant : D. craignait que sa mère ne désire sa folie et ne cherche à le rendre fou, et Melle P. cherchait à ne pas modifier l'état existant, à savoir la "folie" de son fils D. De ce dernier point, on pouvait se convaincre en constatant l'acceptation tout-à-fait étonnante du délire du fils, la résistance de la mère au maintien de D. à l'hôpital ; toute son attitude était une acceptation du statu-quo et du délire de D., sauf dans les occasions où il devenait trop clastique.

L'hypothèse tirée du matériel présenté est donc que les identifications projectives de D. dirigées vers sa mère étaient extrêmement fortes et faisaient de cette mère une source de danger ; la représaille était constituée par le sentiment de contenir lui-même la mère attaquée, c'est-à-dire de loucher ou d'avoir la tête malade.

b) Mon vécu du strabisme de Melle P.

En ce qui concerne mon propre vécu en face de Melle P., j'avais constaté, à ma surprise, que Melle P. échappait à mon regard, à ma saisie, fût-elle spécialisée et psychiatrique. Son strabisme n'était pas, certes, en lui-même, la cause de ce phénomène, mais l'instrument dont elle usait pour échapper à une relation intersubjective authentique. Chaque fois que j'essayais de regarder Melle P. en face, je demeurais confondu, ne sachant jamais où regarder, car chaque oeil paraissait appeler mon regard, aucun ne paraissait annulé ou comme dépourvu de fonction relationnelle. Ce phénomène me paraissait différent de la gêne à mon avis plus légère, suscitée par un strabisme organique dans lequel un oeil peut être rapidement exclu de la communication intersubjective. Dans le cas de Melle P., l'exclusion fonctionnelle ne pouvait être opérée que par l'interlocuteur, qui, s'il voulait continuer la relation, devait délibérément choisir un oeil et activement éliminer sa perception de l'autre oeil. Si je n'agissais pas ainsi, j'étais, semble-t-il, fixé alternativement par chacun des deux yeux. Si je n'excluais pas activement un des yeux de ma perception, j'avais le sentiment que j'allais rapidement moi-même reproduire ce strabisme. J'utilisais là un procédé qui n'est très probablement pas accessible à un jeune nourrisson ; celui-ci est beaucoup plus vulnérable devant de telles perceptions. Je ne veux pas dire que Melle P. n'avait pas annulé la fonction

visuelle d'un de ses yeux ; elle ne souffrait pas de diplopie. Le défaut d'exclusion fonctionnelle concernait uniquement l'aspect communicationnel du regard, d'un des deux yeux. Des exemples tirés de deux situations précises montreront mieux le phénomène.

c) Une situation insoutenable pour Monsieur G.

A certains moments, tandis que je pensais être regardé par Melle P., je m'apercevais avec étonnement qu'elle regardait quelqu'un d'autre, et que l'autre oeil me fixait sans que Melle P. ne s'adresse à moi. Ce phénomène se produisit à l'encontre d'un malade schizophrène du service, Monsieur G. Melle P. était venue rendre visite à son fils, D., et tandis qu'elle s'entretenait avec lui, Monsieur G. lui demandait avec colère et angoisse de cesser de le regarder ; Melle P. lui répondait alors qu'elle ne le regardait pas, mais qu'elle regardait D. Je voudrais suggérer que Monsieur G., lui-même souffrant d'un état dissociatif, était un révélateur très sensible et précieux du pattern communicationnel distordu de Melle P. Je reviendrai en effet plus tard sur la relation très étroite qui me paraît unir le strabisme de Melle P. et la dissociation mentale de D.

d) Un entretien avec Melle P. et D.

Le problème réside bien dans une distorsion de la manière de communiquer chez Melle P. et non pas du strabisme en lui-même et cela nous est illustré par une scène quasi hallucinante. Il s'agit d'un entretien réunissant D., Melle P., et moi. Tandis que j'essayais de parler à Melle P., en espérant qu'elle tourne son regard vers moi, celle-ci gardait son corps tourné vers moi, mais sa tête et ses yeux restaient en permanence dirigés vers son fils. Ici, il ne s'agissait plus de la convergence entre les deux yeux, mais de la divergence entre les messages adressés par sa tête et par le reste de son corps. C'était ainsi que réagissait Melle P. à une divergence de position entre D. et moi quant à l'opportunité d'une sortie de l'hôpital.

Ainsi, le strabisme est comme la représentation concrète et spatiale d'une attitude fondamentale de Melle P. dans ses rapports intersubjectifs : établir la communication, tout en esquivant la communication, ; inversement, ne pas établir une communication, tout en donnant des indications erronées que cette communication est établie. On pourrait formuler ce phénomène en disant du regard de Melle P. qu'il était un vecteur de communication paradoxale. Ce paradoxe

concernait non seulement l'énoncé "Je te regarde", démenti par le "Je ne te regarde pas". ou, inversement, "Je ne te regarde pas", démenti par "Je te regarde", créant une situation où l'on est toujours vu et surveillé sans jamais être regardé ; non seulement l'énoncé "Tu es là, en face de moi", démenti par "Tu es là-bas, dans cette autre direction", mais encore, en vertu du rôle de miroir des yeux de la mère et de l'équation infantile entre les yeux et les seins de la mère (Almansi, '29), "Je te donne le sein" / "Je te refuse le sein", "Tu es D." / "Tu n'es pas D.", c'est-à-dire une personne avec un corps, un nom et une identité.

La communication non-verbale véhiculée par le regard constituait pour D. un double-bind : il pouvait penser se sentir regardé ; mais, regardant lui-même ce regard, il constatait qu'il niait en même temps être un regard destiné à lui, D. Il y avait deux messages contradictoires et ils se situaient à deux niveaux logiques différents : en tant que regard vers D., et en tant que regard sur le regard.

D. exprimait fréquemment le retentissement sur lui-même de cette situation. Au cours des périodes d'angoisse, il pouvait dire : "J'ai les yeux de ma mère, je louche". Ce patient avait tant allégué de troubles visuels qu'il avait été adressé dans un service d'ophtalmologie. Pour lui, voir trouble, c'était être "fou". Le regard de D était frappant, par son défaut de valeur communicative, comme si un voile était posé devant ses yeux. "Docteur, c'est dans les yeux qu'on voit qu'on est fou".

2) Peinture et Littérature

a) Peinture

Je serai bref en ce qui concerne le strabisme dans la Peinture. Je cite Jean Paris (30) qui écrit, à propos d'un auto-portrait de Dürer : "Et tout regard devient suspect. Voici celui de Dürer, au Prado, qui nous dévisage. Approchons. Il nous abandonne. Impossible de le saisir. Impossible de dire si c'est bien nous qu'il fixe, ou quelque chose à côté, plus loin, à l'horizon. Un certain strabisme -plus prononcé dans le portrait de 1493, au Louvre- rend imprécis l'objet même de la vision, partant nos rapports avec elle. Dürer est, d'ailleurs, coutumier de cette équivoque ; son "Oswolt Krel" (Munich) nous regarde sans nous regarder : le luisant de la prunelle fait un instant songer qu'il nous remarque, mais la pupille, très légèrement baissée vers notre droite, dément bientôt l'impression. Et comment expliquer la gêne, la malaise ou

l'irritation qui nous prennent devant "Julien de Medecis" de Raphaël, "Justine de Padoue" de Mantegna ou "La belle Ferronière" de Léonard, sinon par le sentiment d'être à la fois observés et inaperçus, c'est-à-dire bizarrement privés de toute réplique".

Les points que j'aimerais souligner sont : 1) "l'abandon" où nous laisse le regard de Dürer et son caractère "insaisissable" ; 2) le "malaise irrité" qu'engendre trois toiles ; 3) le fait que le spectateur, face à ces tableaux, se sent "sans réplique", avec un sentiment "d'étrangeté". Ce dont Jean Paris nous parle, c'est de sa difficulté à établir un espace transitionnel dans son rapport avec ces toiles : son mouvement vers la toile (la "saisir") se trouve gêné ("l'abandon") ; il y a une frustration et une irritation engendrées par ce spectacle ; et, peut-être surtout, un sentiment d'étrangeté. En tant que toile, la peinture semble exprimer un "être-donné-à-voir" et en tant que [Dürer] "nous abandonne" un "impossible-à-voir". C'est un double message contradictoire de type double-bind, qui est construit sur le modèle de ce panneau reproduit par Watzlawick et coll. (31) qui portait pour toute inscription : "Ignore this sign" ; en effet, on retrouve comme dans ce panneau la contradiction de deux messages situés à deux niveaux logiques différents.

Ainsi cette analyse phénoménologique de Jean Paris me paraît confirmer l'hypothèse avancée plus haut, concernant le caractère "paradoxant" de certains regards strabiques.

b) la tradition écrite et orale

La recherche dans la tradition orale et écrite, c'est-à-dire dans le folklore et dans les légendes notamment, et dans d'autres récits de fiction peut, à mon avis, être utile pour comprendre comment les peuples ont considéré le regard louche. Certes, il s'agit d'un apport indirect, en ce sens que les traditions, même si elles dérivent d'une époque archaïque, ne sont pas nécessairement identiques aux productions psychiques archaïques de l'individu. Cependant, cette méthode a fait ses preuves tout au long de la recherche psychanalytique, au point même que mythes et complexes, et non des moindres, sont parfois porteurs du même éponyme.

J'envisagerai d'abord le point de vue lexicologique en considérant trois langues : le Français, l'Anglais et l'Allemand. Dans chacune de ces langues le mot "profane" qui désigne le strabisme veut dire, au sens figuré "envier".

Ce sont : "loucher" ; "scheel", en Allemand qui veut dire à la fois : 1) qui louche, et 2) envieux ; en Anglais, "squint", qui veut dire à la fois : 1) qui louche, et dans "squint-eyed", malveillant, au regard mauvais.

Malgré le caractère limité à trois exemples, on peut constater que pour ces trois peuples le même signifiant se rapporte chaque fois aux deux mêmes signifiés, qui se retrouvent donc régulièrement rassemblés.

Dans le domaine des croyances populaires, Seligmann (324), un ophtalmologiste, nous apprend que partout "ceux qui ont une telle défaillance [le strabisme] de la musculature oculaire, ont la réputation d'avoir le mauvais oeil" (p. 68). Je reviendrai plus tard sur l'idée de mauvais oeil, mais j'anticiperai en l'associant déjà à l'idée d'envie.

Dans le Steyermark, les "fascinateurs" louchent. Dans l'Italie du Sud, le jeteur de sort est souvent décrit porteur d'un regard louche (p. 81). Chez les Turcs, on attribue un pouvoir inquiétant aux gens qui louchent et notamment à ceux qui ont les yeux bleus-clairs (p. 82). De même, chez les Tziganes, on craint les porteurs de yeux louches.

On pourrait objecter que ce n'est pas la loucherie en elle-même qui inquiète, mais le caractère insolite de tels yeux, et il est vrai que d'autres anomalies oculaires donnent à craindre le mauvais oeil.

"La cave aux Crapauds", de Thomas Owen (33.), récit fantastique où intervient le strabisme, est l'histoire suivante : un abbé, nommé Erpenius, découvre un jour qu'il possède un pouvoir étrange : il a terrassé, par la seule force de son regard, un crapaud : "Ainsi s'affrontèrent-ils quelques instants, tous deux tendus, appelant chacun les forces obscures capables de terrasser l'autre par la seule puissance du regard. Ce fut le crapaud qui cèda [...] Sa gueule raboteuse s'ouvrit lamentablement, souillée d'une bave épaisse".

Par la suite, une inclination "trouble" le pousse à recommencer. Son visage se transforme, son regard devient plus difficile à supporter.

Puis, une nuit, l'abbé fait un rêve étrange. Dans ce rêve, il marche dans la campagne. Il voit au loin des enfants jouer dans un creux de terrain. Il arrive à une source et s'asseyait ; il s'agenouille et se rafraichit le

visage en puisant l'eau de ses mains. Il plonge "à plusieurs reprises son front, ses yeux, sa bouche dans l'onde fraîche et vivante. [...] Quand il eut relevé la tête et rejeté de son front ses cheveux trempés, il s'étonna de voir en face de lui un jeune garçon qui le regardait, amusé. [...] Et à cet instant, d'avoir été surpris ainsi vautre sur le sol, le visage dans l'eau, l'abbé Erpenius se sentit rougir comme sous l'effet d'un insupportable outrage. Il n'avait pas rendu son sourire au petit importun. Il s'était redressé dur et hautain, il avait toisé l'enfant terrifié soudain... Alors... Alors il préférerait ne pas se souvenir. Il ne se souvenait pas. Il s'était réveillé épouvanté". L'abbé se sent maintenant des impulsions et des compulsions à tuer des enfants avec son regard. "La voix de l'un deux lançait un appel moqueur : "Com... Com... les... fous..."". L'abbé marche alors vers sa victime, mais il doit s'arrêter soudain en chemin : dans la poussière, à ses pieds, il a aperçu quelque chose; il y a là un crapaud qui le regarde et paraît le narguer. "Le terrible regard se jette sur cette boule poussiéreuse et haletante [...] le crapaud soutient ce regard... Et ce fut pour l'abbé comme une barre de fer qui l'aurait frappé en plein front [...] Et brusquement, ce fut la chute en avant, dans l'inconscient". Puis, progressivement, l'abbé sort de sa torpeur. Il se "réveille" lucide, léger, "libéré de son obsession coupable". Mais, "dans le miroir qu'on lui présente, il constate avec stupeur l'altération inattendue de son regard, l'orientation de ses prunelles. L'abbé Erpenius louchait !".

Je proposerai maintenant l'interprétation suivante de cette nouvelle.

Les crapauds représentent symboliquement de jeunes enfants, dans leur aspect dégradé, anal, souillés par les fèces. Le regard dont Erpenius les terrasse est lié à un sein mauvais, cruel, qui les menace. Cette liaison entre le Sein et le Regard fut étudiée par Almansi (29). Ainsi, Erpenius attaque ici non seulement des enfants imaginaires ou réels liés à sa propre histoire ; mais il attaque aussi, à mon avis, des parties infantiles de son propre Soi, comme cela apparaît dans son rêve.

Dans le rêve, Erpenius s'abreuve à une source. Je pense que cette scène se rapporte aux premières expériences orales d'Erpenius. Le jeune garçon qui vient l'observer et qui lui ne boit pas, est "confiant, souriant" et contient les "parties aimantes" du Soi morcelé d'Erpenius, qui est, rappelons le, "proche de la folie", selon le mot de l'auteur.

Ce qui ne peut trouver place dans l'espace du rêve d'Erpenius, c'est le meurtre de l'enfant sous l'effet du regard d'Erpenius, et donc du regard du rêveur.

Ce qui, dans la vie éveillée d'Erpenius, nécessite un déplacement sur les crapauds, ne peut pas davantage, dans son rêve, se diriger contre l'objet véritable du regard meurtrier. En outre, Erpenius est figuré dans le rêve, non seulement par l'Erpenius "acteur" du rêve, mais aussi par l'enfant. L'enfant est précisément le moi-rêvant qui regarde oniriquement la scène de la fontaine. La psychanalyse a bien montré la pulsion voyeuriste qui investit la production visuelle onirique. Il en résulte que le meurtre de l'enfant, c'est le "meurtre du rêve", c'est-à-dire son interruption. Nous découvrons ici un matériel proche de ce que Scott appelle l'auto-envie (Self-envy) (34) : le moi vigile, dit Scott, envie le moi qui rêve. Il ne s'agit pas exactement, ici du moins, de cela : il s'agit du clivage dans le monde interne d'Erpenius, d'une partie qui cherche à se désaltérer et à retrouver oniriquement le Sein, et d'une partie confiante qui regarde cette scène avec sympathie. Or, la partie qui boit se sent blessée par ce regard et attribue à l'autre des sentiments malveillants et le tue. Ce qui est blessant pour le narcissisme d'Erpenius, est-ce d'être vu en train de boire à une source, c'est-à-dire d'être vu dépendant d'une source extérieure ? C'est là en tout cas un "insupportable outrage" à sa toute puissance et à son narcissisme. On ne peut que rappeler à ce propos ces lignes de Lacan (35) : "L'invidia la plus exemplaire, pour nous analystes, est celle que j'ai depuis longtemps relevée dans Augustin pour lui donner tout son sort, à savoir celle du petit enfant regardant son frère pendu au sein de sa mère, le regardant amare conspectu, d'un regard amer, qui le décompose et fait sur lui-même l'effet d'un poison". Dans le rêve, la partie qui cherche à se désaltérer semble attribuer à l'enfant spectateur une telle intentionnalité envieuse, comme si une projection, se déroulant au sein même du monde interne du rêveur avait eu lieu. Mais la véritable envie, celle qui reste la plus fondamentale et la plus pernicieuse, est celle du Sein, envié car supposé détenteur pour lui-même, de manière reflexive, de richesses infinies ; c'est cette envie qui rend si douloureux à Erpenius le fait de devoir dépendre de cet objet.

Cette fonction du regard, manifeste dans la scène de l'invidia selon Augustin, nous permet de comprendre que les parties malveillantes puissent être projetées dans les yeux, c'est-à-dire les pupilles (les enfants) de la mère. Si cette mère louche, ce sont alors les deux pupilles qui rentrent en conflit, rendant d'autant plus intense le conflit entre les parties dissociées du Soi infantile.

On comprend aussi que, ultérieurement dans le récit, la condition de l'empêchement du meurtre de l'enfant par Erpenius, c'est le non-voir, la perte de connaissance, l'obscurité qui est pour la vie éveillée l'équivalent du réveil pour la vie onirique, c'est-à-dire son interruption. Erpenius peut alors se réveiller de sa torpeur lucide et déchargé de soucis, mais il ne peut plus terrasser autrui de son regard, l'agression est confinée à son monde interne : le strabisme d'Erpenius est une sorte de compromis entre l'agression par le regard et la défense, par le clivage, contre cette agressivité. Le strabisme en est le signe et la trace.

L'histoire de "La cave aux crapauds" est un avatar moderne des croyances dans le mauvais oeil. Je ne veux pas détailler les textes très nombreux où le mauvais oeil est associé au strabisme ; ceux, très nombreux, où le danger du mauvais oeil est particulièrement grand lors des repas ; enfin, ceux où le mauvais oeil est explicitement relié à l'envie.

A titre d'illustration, je citerai cette phrase synthétique de l'ophtalmologiste Duke-Elder, qui montre bien les rapports entre strabisme et mauvais oeil : "Dans le folklore primitif et la mythologie, le strabisme était -et souvent est encore- considéré comme une affliction envoyée par un esprit malin et la malchance tirée de la vue d'une personne qui louche forme la base de bien des légendes centrées autour du "mauvais oeil" (28).

Voici maintenant comme Webster (36) montre les liens entre le mauvais oeil et l'envie, d'une part, le mauvais oeil et la situation de repas d'autre part : chez les Toda, l'un des effets les plus ordinaires du mauvais oeil est l'indigestion ; aussi personne ne tient-il à être vu mangeant. ... Chez les Shilluk, peuplade nilotique du Soudan le mauvais oeil opère lorsque son possesseur regarde fixement la victime qu'il convoite. Celui-ci est généralement dans une disposition d'envie et de jalousie ou de colère, de sorte que l'influence pernicieuse émane de toute sa personne et non plus seulement du mauvais oeil. La personne touchée par ce sort dit que l'oeil est entré en elle ... Dans le Nigéria du Nord, où le mauvais oeil est particulièrement redouté, il n'est pas rare que les chefs et les prêtres se fassent préparer et mangent leur nourriture en secret, pour éviter le regard malin des sorciers".

Particulièrement intéressante est l'idée qu'être soumis au mauvais oeil, c'est non seulement voir s'accumuler des malheurs sur sa destinée, mais encore

devenir soi-même possesseur du mauvais oeil.: "l'oeil est rentré [dans la personne]"

Ce point est encore plus explicite dans cette croyance turque, rapportée par Seligmann (32) : "Ne dirige pas ton regard sur celui qui louche, il pourrait te donner le mauvais oeil".

Ce qui est particulièrement clair dans ce matériel, c'est le mécanisme d'identification projective, elle-même issue de l'envie, qui est inhérente au mauvais oeil.

En résumé, quelles sont les données que nous avons recueillies dans la littérature traditionnelle.:

- la liaison lexicale entre le regard louche et le regard envieux
- l'association entre le regard louche et le mauvais oeil
- le mauvais oeil, et donc éventuellement le regard louche, opère ses méfaits par le biais de l'identification projective.
- le strabisme peut signer une dissociation de la personnalité, avec une partie qui agresse une autre partie du Soi ; ce strabisme renvoie à une tentative de défense contre l'extériorisation franche de l'agressivité, au prix d'un clivage du Soi, et d'une intériorisation du conflit.

3) Etude expérimentale

Je n'ai pas trouvé dans la littérature une étude expérimentale des réactions des nourrissons au strabisme. En revanche, si nous acceptons mon hypothèse, à savoir que le strabisme de Melle P. est à l'origine de messages contradictoires, alors l'étude de Tronick et coll (37) nous apparaît pertinente.

Tronick et coll étudient des interactions en face-à-face entre des mères et leurs nourrissons âgés de 2 à 20 semaines. Ils considèrent cette interaction dans deux situations : dans la première, la mère ne reçoit pas de consigne particulière et il s'établit alors un échange entre la mère et le nourrisson caractérisé par la réciprocité des comportements des partenaires, comportements qui varient selon le "feed-back" que chacun reçoit de l'autre ; dans la deuxième situation, la mère doit s'asseoir en face de son nourrisson, rester totalement aréactive, et garder un visage totalement inexpressif pendant trois minutes.

Des analyses statistiques des résultats montrent que dans la deuxième situation, à la différence de la situation normale, les nourrissons détournent

d'avantage le regard (50 % contre 39 %, $p < .05$), vocalisent de manière plus coléreuse (2,5 % contre 0,2 %, $p < .05$), sourient moins (2,6 % contre 7,2 %, $p < 0,1$) et pendant des durées plus courtes (2,3 secondes contre 3,1 secondes, $p < 0,5$), tournent la tête complètement de profil (7,1 % contre 2,6 %, $p < 0,1$) et détournent leur corps (2,5 % contre 0,9 %, $p < 0,6$) de manière significativement plus importante. De plus, ils détournent la tête et le regard de manière statistiquement plus importante (13 % contre 5 %, $p < 0,9$).

Pour Tronick et coll, le visage immobile véhicule simultanément des informations contradictoires quant au but ou à l'intention de l'un des partenaires. La mère, par le fait-même qu'elle entre et qu'elle s'assoit en face du nourrisson, marque le début de l'interaction et en aménage la scène, mais ensuite son absence de réaction indique son désengagement et son retrait. Elle dit au même moment "Bonjour" et "Au revoir". Le nourrisson en raison de sa capacité à appréhender cette expression de l'intention de sa mère, est piégé dans la contradiction : il commence l'interaction et "salue" sa mère mais ensuite se détourne et se retire, et recommence. Si les efforts du nourrisson ne réussissent pas à établir une interaction réciproque, sa réaction de retrait est le résultat final. Tronick et coll rapprochent eux-mêmes la situation expérimentale et le retrait des nourrissons des patterns de comportement des enfants autistiques.

Cette étude démontre l'importance cruciale pour les nourrissons des messages mimiques et non-verbaux de leurs mères et la perturbation profonde qu'entraînent les contradictions au sein de ces messages, perturbation qui se traduit par des réactions de détresse puis un comportement de retrait.

Une autre étude va dans le même sens : Sander, cité in Brazelton (38), demande aux mères de bébés âgés de 7 jours de porter un masque pour les nourrir et de s'occuper d'eux normalement par ailleurs. Il découvre que pendant 24 heures les rythmes du sommeil et de nourriture sont perturbés, et ceci uniquement en raison du port du masque.

4) Faits cliniques

Ici également, les considérations que je présente sont assez éloignées du matériel du cas de D. Cependant il me paraît pertinent, dans ce travail, de rapporter une étude générale du regard de schizophrène (Silk, 39) et d'autre part une étude plus spécifique concernant un cas de personnalité multiple (Condon et coll, 40).

a) Silk montre, citant Williams (41) que les schizophrènes regardent moins leur interlocuteur que ne le font les sujets témoins dans la même situation (se parler en se regardant), et ceci de manière statistiquement significative. D'autre part, à partir du matériel de Silk, il paraît justifié de penser que le regard, pour les schizophrènes décrits, n'est pas saisi comme immatériel mais comme un objet quasi-concret, comme une chose : dans l'un des cas qu'il rapporte, le patient "pensait que la force, la puissance, et la vie pouvaient être transférées de personne à personne par l'intermédiaire des yeux". Inversement, les yeux peuvent accomplir des actes malveillants et ce patient sentait qu'autrui pouvait le sucer jusqu'à l'assécher en le regardant dans les yeux.

Il convient de rapprocher cette appréhension de la communication visuelle en tant qu'objet concret, du sort que le schizophrène réserve aux mots, qu'il traite également comme des objets concrets.

Il semble ne pas exister de partage entre ce qui est de l'ordre de la communication (d'un désir, d'un sentiment, d'une idée) et ce qui est de l'ordre de la réalisation effective. Cette confusion des registres doit être rattachée à la toute-puissance de la pensée caractéristique de ces types de fonctionnements mentaux*.

Silk conclut, quant à lui, de son étude que "l'hypothèse suivante peut être tirée : le regard du schizophrène représente le souhait du patient et sa peur de fusionner avec le thérapeute, qui est la représentation symbolique de la mère". Il rapproche également le regard du schizophrène du comportement visuel du nourrisson.

Que conclure de l'article de Silk ? Je crois que l'on peut en tirer une information précieuse sur le vécu et l'expérience du regard et des yeux comme vecteurs concrets et effectifs du danger ou du plaisir. D'autre part, nous y trouvons la suggestion que le regard chez le schizophrène, comme chez le nourrisson, traduit la recherche et la crainte d'une mutualité primitive avec la mère.

b) Condon et coll reprennent l'étude d'un cas de personnalité multiple décrit et filmé par Thigpen et Cleckley (42). Ils analysent ce film image

* Ce point créait d'ailleurs une difficulté en ce qui concernait certaines interprétations données à D. : la mise en lumière d'un désir était associée à la crainte de la réalisation immédiate du désir.

par image. Chacune des trois personnalités de la patiente faisait son apparition dans ce film. Les auteurs mirent en évidence et décrivirent "un micro-strabisme transitoire", et analysèrent la relation de sa survenue avec celle de chacune des trois personnalités. Ce strabisme survenait pendant une durée très courte, 1/8 de seconde ou moins. Les mouvements produisant le strabisme n'étaient pas détectables à la vitesse de projection normale. Enfin, il semble qu'il s'agisse principalement dans ce cas de strabisme divergent. Eve Black, la personnalité la moins stable, manifeste 5 fois plus d'épisodes de strabisme que les deux autres personnalités. Un strabisme, quelque peu similaire a aussi été observé par ces auteurs dans certains films de patients schizophrènes. Ce type de strabisme n'a pas été observé dans des films de comportements normaux -(plus de 100 films analysés image par image)-.

Je m'associe à la conclusion de Condon et coll, pour lesquels de telles observations cliniques suggèrent la possibilité d'une relation plus que purement sémantique entre la dissociation d'une personnalité et la dissociation du parallélisme oculo-moteur normal.

5) Discussion

Les données présentées au début de ce chapitre soutiennent l'idée que le regard de Melle P. fonctionnait comme un facteur de dissociation mentale chez D. ; au lieu de favoriser une intégration la mère et son regard maintenaient un morcellement.

Le deuxième point concernant le regard, et à fortiori le regard strabique, est qu'il peut fonctionner comme vecteur de l'envie ; on l'a vu notamment avec le matériel concernant le mauvais oeil.

Or, dans la dyade considérée, ce qui est vécu comme une caractéristique de la mère est aussi vécu comme caractéristique du Soi propre.

On pourrait alors proposer comme description psychodynamique du vécu de D. face à Melle P. une situation d'auto-envie, c'est-à-dire un état où des parties du Soi, frustrées et agressives, sont animées d'envie à l'égard d'autres parties du Soi, considérées comme dépositaires de "bons objets".

Dans cette hypothèse, le regard de Melle P. est comme la matérialisation de cette situation : chaque oeil, chaque pupille, au lieu de s'intégrer dans un

fonctionnement coordonné et au service de la même totalité, est vécu comme animé d'une vie propre, d'un désir autonome. Chaque pupille regarde l'autre pupille, l'argot français en porte témoignage qui dit à propos du strabisme : "un oeil dit merde à l'autre".

L'auto-envie serait alors extraordinairement préjudiciable au fonctionnement mental et à sa progression vers l'organisation. Si chaque enrichissement, cognitif par exemple, ou si chaque plaisir déclenche des sentiments d'envie très destructeurs dans d'autres parties du Soi, il se crée une situation où le progrès vers l'intégration est inhibé en proportion avec la force et l'auto-envie.

Scott (34) avait décrit un tel concept. Il rapporte un cas où l'envie est dirigée contre la partie du Soi qui rêve. Selon lui, ce sentiment d'auto-envie était un facteur inhibant la remémoration des rêves chez ce patient. J'ai également rencontré ce phénomène chez un patient qui, après que nous avons convenu d'une séance hebdomadaire supplémentaire, raconta qu'il pensait que les personnes autour de lui cherchaient à l'exploiter et à lui enlever ce qu'il possédait de bon.

Il s'agissait à mon avis, de parties de lui-même envieuses de ce que, par ailleurs, il ressentait comme un événement positif.

CONCLUSIONS

Thèse soutenue par Monsieur Serge STOLERU

Un séjour prolongé d'un psychiatre dans la famille d'un patient psychotique est tout-à-fait possible techniquement. Il a permis d'approfondir considérablement la connaissance du cas rapporté et de nouer une relation de manière solide, gage d'une thérapie ultérieure. Pour la première fois en plusieurs années, il a été possible, après le séjour, d'hospitaliser plusieurs mois ce patient, alors qu'auparavant la terreur du malade, ses fugues, les interventions de la mère, le désespoir des thérapeutes avaient empêché une hospitalisation prolongée. Enfin ce séjour permet au psychiatre de constater sur lui-même les effets d'une rencontre avec le Monde de la Psychose et d'apprécier le niveau de sa capacité à l'assumer.

Ce type de séjour aboutit à fournir une grande masse de données sur la structure familiale. L'étude des inter-relations au sein de cette famille permet de détailler le fonctionnement de triangles pervers (perverse triangles, de HALEY).

Parmi ces inter-relations, la fonction communicationnelle du Regard mutuel entre le patient et sa mère a été particulièrement étudiée. Il apparaît que le strabisme de la mère est utilisé en tant que communication paradoxale et qu'il constitue un facteur de dissociation mentale pour le patient.

Pour le patient, ce séjour du thérapeute mobilise des affects et des représentations inhérents au vécu des premières relations avec la mère.

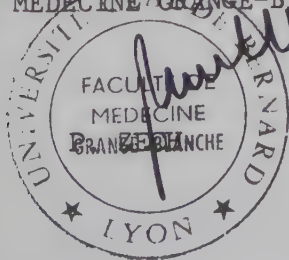
Au total, l'ensemble du matériel recueilli au cours de ce séjour peut être abordé tant sous l'angle communicationnel que du point de vue psychodynamique

Le Président de la thèse,
(nom et signature)

J GUYOTAT

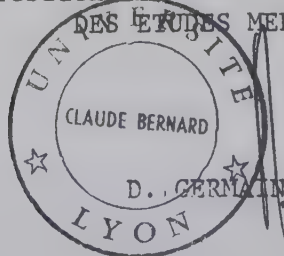


Vu, le Doyen de l'UER FACULTE
DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE,



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 3 AVR. 1980

Le Président de l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD
Président du COMITE DE COORDINATION
DES ETUDES MEDICALES,



BIBLIOGRAPHIE

1 - WINNICOTT D.W. :

Mirror-role of mother and family in child development, in *Playing and Reality*, Pelican Books, 1974

2 - MAHIER M.S. :

Psychose Infantile, Payot, 1973

3 - RESNIK S. :

Personne et Psychose, Chapitre IV, Payot, 1973

4 - HALEY J. :

Toward a theory of pathological systems, in ZUK, G.H., and BOSZORMENYI-NAGY, I. : *Family therapy and disturbed families*.
Science and Behaviour Books, 1967

5 - HOCHMANN J. :

Pour une Psychiatrie Communautaire, Paris, Editions du Seuil, 1974

6 - DELAY J., DENIKER P., GREEN A. :

Le milieu familial des schizophrènes. I. Position du problème, 46, n° 3, 1957 ;
II. Méthodes d'approche, 49, n° 1, 1960 ; III. Résultats et hypothèses, 51,
n° 1, 1962, cité in SIEIM, A. et LEDJRI, H. : les conditions familiales de
développement de la schizophrénie.

Rapport de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXème session,
Tunis, Masson, 1972

7 - WHITTAKER C.A. et coll. :

Counter transference in the family treatment of schizophrénia, in BOSZORMENYI-NAGY, I. et FRAMO, L.J. : *Intensive family therapy*, Harper and Row, 1965

8 - KLEIN M. :

Notes on some schizoid mechanisms; in : Envy and Gratitude and Other works, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1975

9 - GRINBERG L. :

Psicopatología de la identificación y contra-identificación Proyectivas y de la Contratransferencia, supl. de la Rev. Psi., Buenos Aires, avril-juin 1963, t. XX, n° 2

10 - MANUILA et coll. :

Dictionnaire Français de Médecine et de Biologie, Paris Masson 1971

11 - SEARLES H. :

L'effort pour rendre l'autre fou, Gallimard, 1977

12 - BARNES M. :

Un voyage à travers la folie. Le Seuil, 1973

13 - PELLET J. :

Problèmes de Psychiatrie familiale, Thèse, Lyon 1966

14 - HENRY J. :

L'observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques.
La Psychiatrie de l'Enfant, Vol. IV, fasc. 1, 65-203, 1961

15 - HENRY J. :

The study of families by naturalistic observation, Psychiat. Res. Rep.
Amer. Psychiat. Ass., 20 : 95-106, Jan 1966

16 - MORGAN R.W. :

The extended Home Visit in Psychiatric Research and Treatment.
Psychiatry, 26 : 168-175, 1963

17 - ARTISS K.L. :

Milieu therapy in schizophrenia, New York, Grune & Stratton, 1962

- 18 - HELL D., KORPELA K. :
Beobachtungen zum Familienleben von Schizophrenen als Besucher bei Schizophrenen zu Hause, Psychother. Med. Psychol., 28, 16-21, 1978
- 19 - ROBSON K.S. :
The role of eye to eye contact in maternal infant attachment.
J. Child. Psycho-Psychiat., 8, 13-25, 1967
- 20 - WOLFF P.H. :
Observations in the early development of smiling.
Determinants of Infant Behaviour, Vol. II (Edited by B.M. FOSS), Wiley, New York, 1963
- 21 - SPITZ R.A. :
De la naissance à la parole. La première année de la vie, P.U.F., 1968
- 22 - LACAN J. :
Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique.
In Ecrits, Paris, Editions du Seuil, 1966.
- 23 - LUSSEAU :
Essai sur l'oeil et le regard chez les psychotiques.
Thèse, Doct. Méd., Tours, 1976
- 24 - KOHUT H. :
Le Soi, P.U.F. 1974
- 25 - CASTORIADIS-AULAGNIER P. :
La Violence de l'Interprétation, P.U.F., 1975
- 26 - FREUD S. :
Pour introduire le Narcissisme, In : La vie sexuelle, P.U.F., 1969
- 27 - SARAUX H. et BIAIS B. :
Précis d'Ophtalmologie, Masson, 1969

- 28 - DUKE-ELDER S. :
System of ophtalmology, t 6 : Ocular motility and strabismus, H. KIMPTON, 1973
- 29 - ALMANZI R.J. :
The face-breast equation. J. Am. Psychoanal Ass., 8, 43-70, 1960
- 30 - PARIS J. :
L'espace et le Regard. Le Seuil, 1965
- 31 - WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D. :
Une logique de la Communication, Le Seuil, 1972
- 32 - SELIGMANN S. :
Der böse Blick und Verwandtes, Barsdorf, Berlin, 2 vol., 1910
- 33 - OWEN T. :
La cave aux crapauds et autres contes étranges, 1963.
Editions Gérard & co. ; Marabout s.a., Verviers (Belgique).
- 34 - SCOTT C. :
Self-envy and envy of dreams and dreaming, The International Review of
Psychoanalysis, 2, 333-338, 1975
- 35 - LACAN J. :
Qu'est-ce qu'un tableau ?, in Le Séminaire, Livre XI, Le Seuil, 1973
- 36 - WEBSTER H. :
La magie dans les sociétés primitives, PAYOT, 1952
- 37 - TRONICK E., ADAMSON L., WISE S., ALS H., et BRAZELTON T.B. :
The infant's response to entrapment between contradictory messages in face
to face interaction.
J. Child. Psychiatry, 1978, 17, 1-13

- 38 - BRAZELTON T.B., TRONICK E., ADAMSON L., ALS H., WEISE S. :
Early mother-infant reciprocity, in Parent-Infant Interaction, Ciba
Foundation Symposium 33 (new series), Elsevier-Excerpta Medica-North-Holland
1975
- 39 - SIIK K.R. :
The schizophrenic stare, bulletin of the Menninger Clinic, 1978, 42, 10-24
- 40 - CONDON W.S., OGSTON W.D. and PACOE L.V. :
Three faces of Eve revisited : a study of transient microstrabismus, Journal
of Abnormal Psychology, 1969, 74, 618-620
- 41 - WILLIAMS E. :
An analysis of Gaze in schizophrenics.
Br. J. Soc. Clin. Psychol., 13, 1-8, 1974
- 42 - THIGPEN C.H., CLECKLEY H. :
A case of multiple personality, Journal of Abnormal and Social Psychology,
1954, 48, 135-151

